اغلاط الجرّاحين

وحوادث الجراحة

وضعه

الدكتور محمد عبد الحميد بك

مدير مستشفى الملك وكبير جراحيه

مدير مستشفى عباس وكبير جراحيه سابقا

والطبيب الاول بمستشفى قليوب وبنها سابقا

يطلب من ملتزم طبعه ونشره

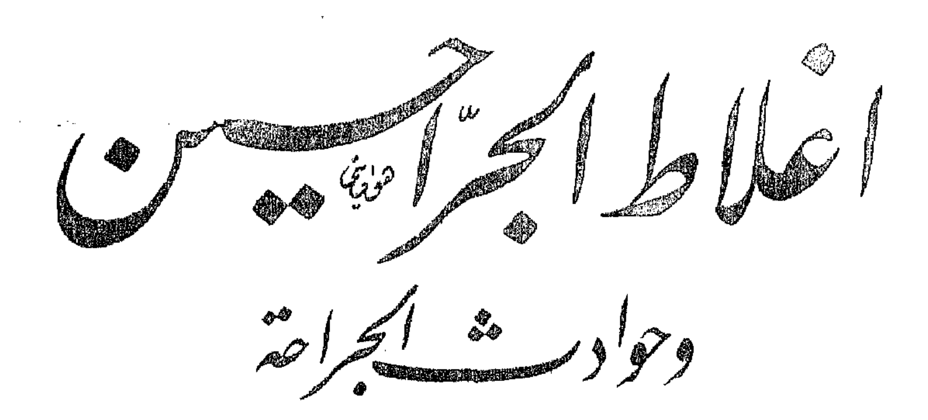
نجيب متري

صاحب مطبعة المعارف ومكتبتها بمصر

ثمن النسخة خمسون قرشاً صاغاً

١٣٤٢ هـ — ١٩٢٤

مطبعة المعارف بشارع الفجالة بمصر



وضعه

الدكتور محمد عبد الحميد بك

مدير مستشفى الملك وكبير جراحيه

مدير مستشفى عباس وكبير جراحيه سابقا

والطبيب الاول بمستشفى قليوب وبنها سابقا

يطلب من ملتزم طبعه ونشره

نجيب متري

صاحب مطبعة المعارف ومكتبتها بمصر

ثمن النسخة خمسون قرشاً صاغاً

١٣٤٢ هـ — ١٩٢٤ م

مطبعة المعارف بشارع الفجالة بمصر



أعمال واضع الكتاب

سرش كلومبير

الحمل خارج الرحم

العملية القيصرية

التشخيص الجراحى

العلاج بعد العمليات   مزين بالصوَر

تعليل النوع   »   »

التشريح الجراحي : الجزء الأول   »   »   الملوّنة

العلاج الجراحى : »   »   »   »   »

العلاج الجراحي : » الثانى   »   »   »

»   »   : » الثالث   »   »   »

»   »   : » الرابع   »   »   »

الدروس الصحية : » الأول   »   »

الإسعاف الأولى   »   »   قررته وزارة المعارف العمومية

الأمراض المعدية   »   »   »   »   »   »

التمريض المنزلى   »   »   »   »   »   »

طب البيت   »   »   »   »   »   »

تربية الطفل   »   »

القاموس الطبى العصرى   تحت الطبع

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة

تشرفت ، وأنا بالمؤتمر الجراحي الدولى ، بلندن ، ذات العُوَيم[1] بكثير من صفوة الجراحين . فأرشدنى أحدهم ، وكنا نتجاذب أطراف الحديث ، فى شئون جراحية إلى كتاب « أغلاط الجراحة وحوادثها [2] » تأليف المستر هارولد باروز[3] . فبادرت الى شرائه ، ومطالعته ، ولشد ما دَهِشت إذ وجدته قريب المشابهة بكتاب كنت على وَشك الفراغ منه ، واعداده للطبع والنشر باسم «صحائف جراح » . لكنى وجدت ، والحق يقال ، أن الكتاب الانجليزى أوسع دائرة ، وأغزر مادة ، وأوفى شرحًا ، وأقرب كمالاً ، وأكثر اشراقًا من صحائفى . فتركت كتابى جانبًا ، واعتزمت نقل الكتاب الانكليزى إلى اللغة العربية . ولقد فعلت والحمد لله . ولست أدرى أكان من أغلاطى أنى لم أكن أمينًا فى النقل ؛ لأنى تصرفت فى الترجمة ، حذفًا وزيادة ؛ فأما الحذف فقليل جداً لا يكاد يذكر ، وأما الزيادة فكثيرة ؛ لأنى قد أضفت إليهِ ، فى مواضع مختلفة ، نتفًا ، وأغلاطًا ، وشذرات من صحائفى ، مما يتمشى ، وخطة الكتاب ، فلم يتغير بها منحى ، أو شكلاً ، أو غرضًا ، أوتنسيقًا . وهل من أغلاطى أنى تصرفت فى الاسم فجعلته « أغلاط الجراحين وحوادث الجراحة » ؟

لقد كان المرحوم الدكتور درى باشا يقول للطلبة ما معناه : يحسن بالجراح أن يأخذ معه حصاة بولية ، وهو ذاهب لاجراء عملية الحصاة ليظهرها لذوى المريض إذا شق

(١) يقولون جئت ذات العويم مصغراً أى السنة الماضية .

(٢) Mistakes and Accidents of Surgery.

(٣) Mr. Harold Burrows.

على الحصاة فلم يجدها ، مواراة لغلطه فى التشخيص . أفمن يتبع هذا الرأى أهدى أم من يتبع القائل : « من أخطأ خطأ واحداً فأخفاه فكأنه أخطأ خطأين » ؟

قد يروعك ، أيها المريض ، وأنت ذاهب إلى جراحك لاستشارته ، أن تعلم أن للجراحين أغلاطاً ، وللجراحة حوادث ؛ فلا تخف ولا تحزن ، فكفى الجراحين شرفاً ونبلاً أن تعد أغلاطهم ، وكفى الجراحة تقدماً وارتقاء أن تحصر حوادثها . وحسبك أيها المريض ، من الجراح ، أن يعنى بك العناية كلها فيفحص عن مرضك فحصاً كاملاً دقيقاً ، بالوسائل العصرية ، مستعيناً بزملائه من المتوفرين [1] على الفروع الطبية المختلفة إذا تبهم المرض عليه وكان غامضاً ، ولعل قصارى ما ترجوه ، من جراحك ، إن اقتضى مرضك عملية جراحية ، أن يتوكل على الله ويعملها مستكملاً كل الشروط الضرورية لاجرائها لكيلا ينأى [2] بها عن فنه ، فإن أتمها على خير ما يرام بذل أقصى ما فى وسعه للسير بك حثيثاً إلى أن يمن الله عليك بالشفاء ؟

شارع القاضى الفاضل بمصر

٥ ابريل سنة ١٩٢٤

الدكتور
محمد عبد الحميد

(١) المتوفر على الشىء المنصرف اليه بكل همته وهو بمعنى الاختصاص (٢) يبعد

مواد الكتاب

صفحة		
١	الفصل الأول	إصابات الرأس
٩	الفصل الثانى	الغدد الدرنية فى العنق
١٩	الفصل الثالث	الجواتر
٢٤	الفصل الرابع	الشق القصبى
٢٨	الفصل الخامس	سرطان اللسان
٣٣	الفصل السادس	أورام الغدد اللعابية
٣٧	الفصل السابع	اللوزتان والأورام الحلقية الأنفية الغدية
٤٢	الفصل الثامن	الانسكاب البلورى
٥٥	الفصل التاسع	سرطان الثدى
٥٨	الفصل العاشر	التشخيص فى مرض البطن الحاد
٦٩	الفصل الحادى عشر	الآفات البطنية
٧٢	الفصل الثانى عشر	فتح البطن
٧٨	الفصل الثالث عشر	التهاب الزائده الدودية
٩٩	الفصل الرابع عشر	الاحتباس المعوى
١١١	الفصل الخامس عشر	عمليات المعدة
١١٩	الفصل السادس عشر	الانغماد المعوى فى الأطفال
١٢٤	الفصل السابع عشر	الفتق
١٤٣	الفصل الثامن عشر	إصابات الكبد والقنوات الصفراوية
١٥١	الفصل التاسع عشر	الطحال
١٥٦	الفصل العشرون	الكلية والحالب

صفحة

١٦٨ الفصل الحادى والعشرون : المثانة البولية، وغدة البروستاتة ومجرى البول، والقضيب

١٨٥ الفصل الثاني والعشرون : أعضاء التناسل فى الأنثى

٢٠٤ الفصل الثالث والعشرون : المستقيم

٢١٢ الفصل الرابع والعشرن : البتر

٢٢٢ الفصل الخامس والعشرون : الكسور

٢٤٥ الفصل السادس والعشرون: التشوهات

٢٥٣ الفصل السابع والعشرون : الالتهاب المفصلى

٢٦٥ الفصل الثامن والعشرون : الدوالى والقيلة المائية وأورام الخصية

٢٧٤ الفصل التاسع والعشرون : الأوعية الدموية

١٩٠ الفصل الثلاثون : آفات العمود الشوكى وأمراضه

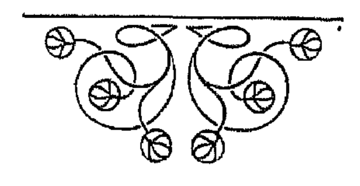
٢٩٢ الفصل الحادى والثلاثون : العدوى الجراحية

٢٩٦ الفصل الثانى والثلاثون : المرض الخبيث

٣٠٣ الفصل الثالث والثلاثون : التخدير

٣١٩ الفصل الرابع والثلاثون : حوادث غرفة العمليات

٣٥٢ الفصل الخامس والثلاثون : نظرة عامة فى منابع الأغلاط الجراحية وأسبابها





أغلاط الجراحين

وحوادث الجراحة

الفصل الأول

اصابات الرأس

قال ابقراط منذ نحو ألفى سنة إنهُ ليس فى اصابات الرأس ما يُدعى بالتافه الصغير الذى تُهمل العنـاية به . ولا يزال قوله المأثور صحيحًا إلى اليوم ، ولكنّ القوم قد لا يعتمدون فى سلوكهم العملى على هذا الأساس المتين الذى وضعه أبو الطب . فكم من مرة سمعنا قولهم إن فلانًا أصيب بارتجاج دماغى خفيف وأنهُ سيتماثل من اصابته فى يومٍ أو يومين ولكن النتيجة كانت بخلاف ذلك

سقط رجل من جواده فأصيب بجرح رضى مصحوب بنزع خفيف فى الجبهة من الجهة اليسرى أعلى الحافة فوق الحجاج . وكان قد تناول قليلاً من الوسكى والصودا فهاج وكثر كلامه وخرج عن حالتهِ الاعتيادية. فلما رآه طبيبه قال : « يحسن أن يستريح قليلاً و إنهُ سيكون بخير » وظهر سريعًا أن الطبيب كان متفائلاً فى تشخيصه وانذاره ؛ لأن الجريح لبث هائجًا غريبًا فى عاداتهِ زمنًا طويلاً . هذا الى أن عينهُ اليسرى فقدت بصرها فقداً تامًا بسبب ضمور فى العصب البصرى الأيسر

والحقيقة أن الاصابة المخية الشديدة لا توضحها دائما علامات محسوسة بينة ؛ مما يجعل الطبيب حذراً في شدة التفاؤل . ولقد قامت ضجة كبيرة منذ بضع سنين في صحف لندن بشأن أحوال السكر والموت.فقد تكررت الحوادث التي يأخذ فيها الشرطي الأشخاص المصابين الى أحد المستشفيات فيظن الجراح المقيم بالمستشفى أنهم في حالة سكر فيرفض قبولهم أو يهمل العناية بهم . وقد حدث أن بعضهم مات في سجن الشرطة، و بعضهم مات في جهات أخرى . وقد اتضح من تشريح الجثث أن سبب الوفاة اصابات مخية و بعضها كان مصحوباً بكسر في قاعدة الجمجمة . ولعل أحد أسباب هذه الحوادث المؤلمة خلو المستشفيات من غرف خاصة للاحظة مثل هؤلاء السكارى لأنه لا يحسن حجزهم في غرف المرضى لما يحدثونه من العربدة التي كثيراً ما تقلق راحة الآخرين . وربما كان السبب الثاني عدم معرفة الجراح المقيم بالمستشفى أن اعراض الاصابة المخية الفجائية سواء أكانت من عارض أم من مرض قد تلتبس بأعراض السم الغولي

وحتم على الطبيب في مثل هذه الأحوال أن يجعل شكه متجها لمصلحة المريض و ينتظر ما يظهره المستقبل حتى ولو لم يكن هناك تاريخ باصابة مخية أو علامات تدل عليها ، و بذلك يمكن اتقاء الحوادث المؤلمة

ومما يقتضي الالتفات التام هو اطالة الراحة العقلية والبدنية للمصابين في علاج الاحوال التي نال المخ فيها شيء ؛ فلا يسمح للمصاب باصابة مخية حديثة مصحوبة بكسر في الجمجمة أن يترك الفراش ، و يستأنف عمله لما ينشأ عن ذلك من العواقب الوخيمة جداً للمريض وطبيبه .

وربما نشأ الخطأ في مثل هذه الأحوال من أن كتب الجراحة تفيض في موضوع كسر الجمجمة وتسهب فيه اسهاباً يجعل الانسان يتوهم أنهُ أشد تأثيراً في المصاب من آفة المخ . هذا إلى أن الكسر لهُ علامة بارزة قريبة الادراك بالبصر ، فيصرف الجراح جهده في البحث عن كسر الجمجمة فاذا لم يجده فقد يتغاضى أو يتناسى ما عسى أن يكون قد عرض للمخ من التلف

إن من الضروري مشاهدة الكسر اذا وجد . ولا بأس بعمل صورة بأشعة رنتجن

متى تيسر ذلك بغير ضرر المريض . فهذه الصورة ترشدنا إلى العارض ، وشدته ، وموضعه ، وطبيعته . هذا إلى أنها كثيراً ما تساعد فى ضبط المريض وأقاربه وتصون الجراح لأن العامة كثيراً ما ينسبون إليه الاهمال المعيب لعدم تشخيصه كسراً فى الجمجمة بوسيلة من وسائل التشخيص المعروفة عندهم

وقد يصاب المخ برض شديد أو تمزق عظيم يستدعى علاجاً طويلاً وعناية عظيمة وانذاراً دقيقاً بغير أن تصاب الجمجمة بكسر

ويكون الجزع على آفات الجمجمة من سببين عظيمين ؛ فأما أولهما وهو تلف المخ واصابته فقد وفينا الكلام فيه . وأما السبب الثانى فهو احتمال التلوث والعدوى خلال تفرق الاتصال فى الاغشية التى تغطى المخ . ومثل هذا التلوث قد يحدث عن طريق ظاهر كما هى الحال فى الكسر المضاعف فى قبوة الجمجمة ؛ وقد يكون الطريق أقل وضوحاً كما هى الحال فى الكسور الصدعية التى تكون فى الأذن المتوسطة أو فى خلال الجيوب الجبهية أو الوتدية أو سقف الأنف

أما الأغلاط التى قد تقع فى اثناء العلاج فالكلام فيها يكون تحت (١) كسور قاعدة الجمجمة المصحوبة بتمزق فى غشاء الطبلة ، (٢) والكسور المضاعفة فى قبوة الجمجمة

فاذا كسر العظم الصخرى وتمزق غشاء الطبلة فالطريق للعدوى يكون واضحاً ، وذلك خلال الأذن الظاهرة ، فالتمزق الذى فى غشاء الطبلة ، فالأذن المتوسطة ، فالصدع الذى فى العظم الصخرى إلى تجويف الجمجمة . ولعل أول ما يخطر ببال الجراح أن يحاول العلاج بتطهير قناة الأذن الظاهرة ، بتنظيفها مما عسى أن يكون قد علق فيها من الجلط الدموية ثم غسلها بالمحقنة بالمطهرات . ولقد دلت التجارب أن مثل هذا العمل شديد الخطر لأنهُ يدفع إلى العدوى غير واق منها . وأشد ما يكون الخطر اذا استعملت ماء الاكسجين فى الغسل بالمحقنة . فاتترك القنـاة الظاهرة وشأنها غير متحرّش بها أو متعرض لها . وربما كان التوانى وعدم المبادرة الى الاهتمام بالقناة الظاهرة خير ما يعمل

أما الكسور المضاعفة لقبوة الجمجمة فالكلام فيها على نوعين . فالنوع الأول يتضمن الكسر البسيط الذى يتحول الى كسر مضاعف بالعملية ؛ وهو النوع غير الملوث . والنوع الثانى يتضمن الكسر المضاعف أي النوع الملوث

كثيراً ما نرى ، أوان عملية رفع الشظايا فى الكسر المنخسف البسيط ، الأم الجافة وقد برزت فى فتحة التربنة، هذا إذا كانت الأم الجافة سليمة . ووقتئذ قد يدفعنا الفضول الى شق الأم الجافة بقصد تخفيف الضغط . وما احراك بتركها من غير شق . إن بروز الأم الجافة ليس مما يقتضى الشق ، لكنه مما يقتضى البزل القطنى . أو ليس من الخطأ أن تشق الأم الجافة لتصفية المسافة العنكبوتية ؟ واليك مثالاً من التاريخ الطبى :

«فتحت الأم الجافة ، واستفرغ مقدار من الدم من أسفلها ، ووضع دسام خلال فتحتها . ولم يحدث بعد ذلك نزف . وانه وان تكن النتيجة المباشرة حسنة، إلا أن الطفل قد مات . وغالباً كان موته من خروج السائل المخى الشوكى الذى كان غزيراً ومستمراً»

أما الكسور المضاعفة لقبوة الجمجمة فلا بد لعلاجها من معرفة الأعراض الأولية من عملنا ، وهى تنحصر فى التخلص من عفونة الجرح بالاستئصال إن أمكن ، ثم سده سداً محكماً لاتقاء ما يخشى أن يدخل خلاله من الميكروبات . فان لم يتيسر سد الجرح سداً كاملاً بسبب مساحته فلتعمل شرائح لتغطية الثغرة التى تكون فى العظم وتنحية السطح المتعرى عنها بقدر الإمكان .

وكيفما كانت الظروف فليتحرز الجراح من فتح الأم الجافة . فالأم الجافة السليمة مما يحسّن الإنذار فى الكسر المضاعف فى الجمجمة

ولا تحسبن أيهــا الجراح ، أن سلامة الطبقة الظاهرة من الجمجمة تقتضى سلامة الطبقة الباطنة منها. وحقيق بك أن تعرف ما هو معروف من أن الطبقة الباطنة قد تنكسر وينخسف منها جزء دون أن تنكسر الطبقة الظاهرة . وللأشعة شأنها العظيم فى توضيح هذه الكسور .

ولعل هناك شيئاً من الصعوبة فيما يجب أن يتبع من العــلاج للأعراض الناشئة عن إصابة المخ بما يسمى صدى العنف أو رجعه [1] فلنحسب أن زيداً – ولطالما تضارب زيد وعمرو فى الأزهر الشريف وكتبه – قد ناله عنف فى ناحية من رأسه ، فظهرت عنده أعراض تشير الى تلف أو ضرر فى المخ فى الناحية الأخرى . فهل ذلك مما يدعو الجراح الى اجراء عملية التربنة ؟ وفى أى موضع تعمل ؟

(١) صدى العنف أو رجعه هو ما يسمى بالانكليزية Contre Coup.

تعمل التربنة ، فى مثل هذه الأحوال ، ارادة رفع شظية منخسفة ، أو ربط وعاء نازف ، أو استخراج الجلط الدموية من الأغشية المخية السحائية . ولا يحتمل أن يكون شيء من كل أولئك فى المخ حيث صدى العنف أو رجعه . وأما ما يمكن أن يوجد غالباً فى المخ فى مكان رجع العنف فهى إصابات فى جوهر المخ نفسه يصحبها كثيراً رخاوة موضعية فيه مع أنزفة قشرية صغيرة أو بغيرها. وقلما تجدى التربنة فى هذا الموضع .

التربنــة

ليس من الحكمة ، وأنت ترفع الشرائح للكشف عن العظم الذى تريد تربنته ، ان تتناسى ما يمكن أن تقطعه من الانسجة

ولتسمح لى ، أيها الجراح ، أن ألفتك الى أمر بسيط ، وليشفع لى فى تحذيرك منه ، شيوعه بين الجراحين . ذلك هو الشق الذى تقضى الكتب الجراحيــة بعمله لازالة الضغط أسفل القسم الصدغى أو لتعرية الشريان السحائى المتوسط اذ توصى بعمله بحيث يكون تحدبه الى الأعلى ، مبتدئاً من النتوء الزاوى الظاهر لعظم الجبهة ، ومنتهياً فى العظم الوجنى أمام الأذن ، أو فى النتوء الحامى خلفها . فالاعتراض على هذا الشق وجيه . لأنه يقتضى قطع الأعصاب التى تغذى العضلة الجبهية والعضلة المحيطة الجفنية . وهذا مما يفضى الى شلل هاتين العضلتين شللاً ينشأ عنه تشوه عظيم مكروه . ولاتقاء هذا الخطر لا بد أن يبتدئ الشق أعلى النتوء الزاوى الظاهر لعظم الجبهة بنحو قيراط وخلفه بنحو نصف قيراط

والصفاق الصدغى حاجز متين نافع يحول دون وصول الأذى اذا كان فى العظم الذى أسفله ثغرة . ويلزم أن تحكم خياطة حافات هذا الصفاق قبل خياطة الانسجة السطحية محافظة على وظيفته النافعة . وعليك أن تذكر هذه الضرورة ، فى أثناء عملك الشق الأوَّلى، فيقطع الصفاق على بعد نصف قيراط من موضع ادغامه فى البروز الصدغى العلوى ، وبذلك تتكوّن عندك شريحة تسهّل لك خياطة الصفاق

وفى استعمال آلة التربنة احتياطات لا بد منها. فان كان هناك عظم سائب فى موضع

التربنة ، كما هى الحال فى كسر الجمجمة ، فاتعمد الى آلة صغيرة واضعا إياها على العظم الشديد بالقرب من حافة الكسر . أما وضع الآلة على الشظية السائبة وضعا جزئيا أو كليا فغلطة ظاهرة لا تحتاج الى شيء من التعليق

واستعمل الآلة برفق فلا يضغط بها ضغطاً شديداً غير ضرورى . وكانت الآلات فيما سلف ، اسطوانية ، تعرض المخ للخطر العظيم اذا انزلقت فى أثناء الاستعمال فى تجويف الجمجمة . أما الآن فهى مخروطية الشكل تنحى عن هذا الخطر . واتعلم أن آلة التربنة كالمنشار عملاً ، وكلاهما لا يحتاج الى ضغط شديد أثناء استعمالها

وقد ينسى الجراح غير الخبير أو الجراح الخبير اذا كان يعمل وهو تعب مثلاً ، أن يرفع مسمار الآلة فتحدث اثقاباً عارضياً فى الأم الجافة . واتعلم أن هناك آلات كثيرة مسمارها طويل طولاً يجعله يخترق الأم الجافة قبل أن تفرغ الحافة الحادة للآلة من قطع العظم الاّ أن تكون التربنة حيث يكون العظم غليظاً جداً . وقد شاهد بعضهم جرحاً فى الوريد السحائى المتوسط من مسمار آلة التربنة .

وعلى الجراح أن يستقصى حالة العظم بالمسبار ، من وقت إلى آخر ، فى اثناء عمل التربنة ، ليرى هل تم قطع العظم فى أى جزء من دائرة القطع ، للمحافظة على الأم الجافة والمخ .

ويميل البعض إلى رفع الدائرة العظمية ، ولما يتم انفصالها باستعمال الرافعة أو آلة التربنة على نحو ما تستعمل المُخْل أو العتلة[1] وفى هذا ضرر عظيم لأنك تكسر ، الطبقة الباطنة من العظم التى لما تقطع تماماً ، كسراً غير منتظم يكون فيه أسنان عظمية حادة تحتاج الى وقت وعناء للتخلص منها

واذا أردت عمل شريحة عظمية فلتكن حافات القطع منحرفة بدلاً من أن تكون على زاوية قائمة مع سطح العظم ، حتى اذا ما ردت الشريحة لا يكون هناك خطر من انخسافها . ويفضل هارفى كشنج[2] استعمال تربنة اليد ومنشار ججلى عن المثقاب الكهربائى حينما يريد عمل شريحة عظمية . والوجه فى ذلك ما شاهده دفعتين بالمنشار الدائرى

(١) المخل آلة مستطيلة من حديد ونحوه تقلع بها الحجارة (٢) Harvey Cushing.

للاستاذ دوين[1] ودفعه بمنشار كريل[2] اذ قطع العظم والام الجافة صبرة[3]. وذلك لأن مرشد الآلة السريعة اتخذ طريقة الى الغشاء الملتصق لا فاصلاً اياه عن الجمجمة. وهو يحسب هذه الحادثة عظيمة الشأن. ولذلك يتمسك بالآلة القديمة البطيئة معتقداً أنها أقل خطراً وأكثر سلامة

ومما يحدث من المصاعب النزف من تمزق الجيب المستطيل فى اثناء التربنة وانها لحادثة عظيمة اذ يخرج الدم غزيراً فيربك الجراح و يفقده ثباته فيعمد الى وسيلة غير مرضية بحشوه بقطعة من الدسام وتركها فيه حتى يحدث التخثر. وهى وسيلة يجب أن يتحاشاها الجراح ولا يلجأ اليها مطلقًا لأن الأوردة القشرية العليا تصب فى هذا الجيب الذى يلزم اتقاء سده سداً كاملاً. والرأى وقف النزف وقتيًا بالضغط على جدر الجيب فى مقدم الفتحة وخلفها بالحشو بالدسام، والعمل على خياطة الفتحة بالكاتجت الدقيق فان لم يفلح الجراح فى ذلك فليستمر فى عمله ثم يضع شريحة فروة الرأس فى موضعها. وقبل وضع الغرز الأخيرة يستخرج الدسام الضاغط ويُعمل ضغط خفيف على فروة الرأس فى موضع الفتحة العظمية مدة وضع الغرز الأخيرة وربطها ثم يكتفى بعد ذلك الضغط الخفيف لمنع انسكاب الدم تحت الجلد، ويبقى الأمل عظيماً فى عدم انسداد الجيب

ويحسن أن أشير، ههنا، الى غلطة غريبة قد يغلطها الطبيب المعالج فى اثناء تدبير المصاب بآفة مخية. ولنضرب لذلك مثلاً صبيًا سقط من ارتفاع فاصيب بارتجاج فى المخ فوضعه ذوو قرباه على السرير وأمرهم طبيبه بأن يلازم سريره وأن يخلو[4] على اللبن والمرق. وبعد زمن قصير كانت تبدو عليه فيه علامات التحسن عاد وقد أخذه القئ ودب اليه النعاس، وصارت حالته تشتد تدريجًا. ولعل أول ما يخطر ببال طبيبه أن

---

(١) Doyen.

(٢) Crile.

(٣) اى دفعة واحدة

(٤) يقال خلا على بعض الطعام اذا اقتصر عليه

الاصابة المخية لا بد أن تكون أعظم مما حسبت . ولا يبعد أن يشير الطبيب على ذويه باستشارة بعض الجراحين . فاذا ما حضروا أسقط فى أيديهم متحيرين ؛ لعدم وجود اعراض تعين موضع الاصابة . وقد ينصح بعضهم بعمل بزل قطنى فلا يستفيدون منه شيئًا . فاذا ما أعيتهم الحيل فقد يتلمس أحدهم الحقيقة بالفحص عن بوله فيجدون مقداراً عظيماً من حامض الدياستيك والاسيتون . و بذلك يهتدون فيصفون المواد الكربوهدراتية غذاء فيتماثل الصبى من علته بعد أن كادت تنقطع به أسباب الحياة . وكذلك تطوى صحيفة كل صبى طرأ عليه هذا الطارىء ان لم يوفق الطبيب لاختبار البول

ويكون الطى سريعاً اذ أعطى المصاب مخدراً لعمل البزل القطنى أو لسبب آخر لأن للمخدرات تأثيراً سيئًا فى الأطفال المصابين بحموضة الدم

وليس الخطر من هذه الغلطة وهمياً فكثيراً ما حسبت حموضة الدم انها آفة دماغية نتيجة الاصابة

❊ ❊ ❊

الفصل الثانى

الغدد الدرنية فى العنق

يؤكدون لى أن استئصال الغدد الدرنية من العنق عملية يجب أن يكون كل طبيب عام قادراً على عملها . على أن هذه العملية ليست سهلة حتى فى أيدى الخبيرين . لأن الغدد المصابة تجاور أنسجة عظيمة الشأن لا يمكن اتقاء الاعتداء عليها الا بمعرفة التشريح معرفة دقيقة و بمهارة جراحية عظيمة

هنالك اغراض ثلاثة يجب على الجراح أن يضعها نُصب عينيه وهى :

(١) أن تكون أثرة الالتحام غير ظاهرة وغير مشوهة

(٢) وأن يستأصل الجراح كلما يستطيع استئصاله

(٣) وأن يتقى اصابة الأنسجة عظيمة الشأن

فأما الشق الذى لا يتخلف عنه الا أثرة التحام صغيرة بسيطة فهو الذى يوازى الغضون الطبعية فى العنق، أى هو الشق الذى يكون منحنياً و يبتدىء من نقطة تكون أسفل النتوء الحلمى وخلفهُ مباشرة و يمتد الى الأسفل والامام نحو الغضروف الدرقى

بهذا الشق يمكن غالباً تنظيف المثلث الأنسى من العنق والجزء العلوى من المثلث الوحشى مما يكون فيهما من الغدد ؛ على أنه قد يصعب أو يتعذر استئصال الغدد التى تكون فى أعلى القسم النكفى بهذا الشق . وتستأصل الغدد فى الجزء السفلى من المثلث الوحشى بشق آخر يصح أن يعمل منحنياً وموازياً للشق الأول أو مستقيماً وعلى الحافة الخلفية للعضلة القصية الترقوية

و يفضل البعض شقاً على الحافة الأنسية للعضلة القصية الترقوية للكشف عن الغدد التى فى المثلث الأنسى، وشقا على الحافة الخلفيـة للكشف عن غدد المثلث الوحشى ؛ لأن الجراح لا يصادف الصعوبة التى قد يلاقيها فى استئصال الغدد فى الجزء العلوى من القسم النكفى ؛ وربما كان هذان الشقان للأحوال الاعتيادية أفضل

نرى كثيراً أثر التحام بعد استئصال الغدد العنقية كبيرة ناتئة ولو لم يحدث تقيح عقب العملية . ولا ريب فى أنهـا قبيحة يتمعض منها الناظر . وهى دليل سوء الجراحة . ولعل سببها فى بعض الأحوال ترك الجراح خياطة حافات الصفاق السطحى والغائر خياطة محكمة . وعلى ذلك يجب أن يخيط الجراح الصفاق الغائر ثم الصفاق السطحى بالكاتجت الدقيق خياطة دقيقة قبل اقفال الجرح . واتعلم أن خياطة الصفاقين على نحو ما ذكرنا ضرورية جداً ضرورة خياطة الجلد اذا أراد الجراح الحصول على أثرة التحام حسنة . أما حافات الجلد فيحسن ضمها بالمشابك أو خياطتها بخيط دقيق بابرة دقيقة، و يلزم رفع المشابك أو الخيط فى اليوم الخامس بعد العملية

أما طول الشق فموضع كلام . فقد يرى قليل الخبرة جعل الشق قصيراً جداً لكى تكون أثرة الالتحام صغيرة وكان يكون هذا حسناً لولم تزدد العملية صعوبة وطولا وخطراً. وخير للمريض أن يكون الشق طويلاً لكى يعمل الجراح عمله وهو متيقن مما يعمل . فالجراح العاقل هو الذى لا يعمل بمشراطه فى عنق مريضه إلاّ وهو يرى تماماً ماذا يعمل بهِ . لأن الوخز بالمشراط فى زاوية مظلمة من الجرح هو الخطر بعينهِ . فقد رأيت جراحاً اعتدى فى أثناء عملية فى طفل صغير على الوريد الودجي الباطن، ولم يستطع ضبطه بالجفت؛ رغم ما بذله من المجهود الضائع ؛ فحشا الجرح بالدسام ولم يُجدِ الطفل فتيلا

والخطوة الثانية من العملية عقب شق الجلد والصفاق السطحى والغائر هى تحديد العلامات التى سيسترشد بهـا لمعرفة موضع الأنسجة المهمة التى يجب اتقاؤها . واكبر علامة هى العضلة القصية الترقوية نفسها فالغمد السباتى فالعضلة ذات البطنين . و بعد تعيين هذه الأنسجة يسهل العمل التشريحى

وإليك ما يمكن أن يقع فيهِ الجراح من الأغلاط فى أثناء العملية :

العصب الشوكى الإضافى

قد يختفى هذا العصب فى الغدد الدرنية، وقد يصعب، ولا سيا فى المثلث الوحشى، اتقاؤه . ولذلك يحسن الكشف عن هذا العصب قبل البدء فى تشريح الغدد . فهوعقب

اجتيازه النتوء المستعرض للحامل ، يخترق السطح الغائر للعضلة القصية الترقوية وذلك أسفل النتوء الحلمى بنحو قيراطين فى الشاب ثم يبرز عند منتصف الحافة الخلفية للعضلة القصية الترقوية . ولتعلم أن الشريان الدرقى العلوى يرسل فرعاً الى العضلة القصية الترقوية الحلمية . ويصحب هذا الفرع وريد . وكلاهما يتجه الى العضلة ويكون على العصب دليلاً . ويمكن أن نستعين على معرفة موضع بروز العصب الشوكى من بطن العضلة القصية الترقوية بخروج الأعصاب العنقية السطحية من الحافة الخلفية لهذه العضلة . وهذه الأعصاب سهل رؤيتها . ويرى العصب الشوكى أعلى نقطة اختراق هذه الأعصاب الصفاق الغائر بنحو نصف قيراط

عصب العضلة المربعة الذقنية أو العضلة الخافضة للشفة السفلى

يحدث الشلل كثيراً فى العضلة المربعة الذقنية عقب عملية استئصال الغدد الدرنية فى العنق وقلما يحدث هذا الشلل لو عملت العملية بالشقوق التى ذكرت . على ان هذه الشقوق قد لا توافق بعض الأحوال ولذلك يلزم معرفة العصب الذى يغذى العضلة . يتفرّع عصب هـذه العضلة من العصب الشدقى السفلى المتفرع من العصب الوجهى ويلتقى بالعصب الشدقى العلوى . ويخترق العصب الشدقى السفلى الصفاق العنق خلف زاوية الفك مباشرة ويرسل الفريع التفمى فى محاذاة العظم اللامى. وهذا الفريع يصعد الى الوجه قريباً من الموضع الذى يعبر فيهِ الشريان الوجهى الفك السفلى

العصب الرئوى المعدى

ليس هناك خطر على هذا العصب لكنهُ قد يحدث لأن العلاقة الطبعية بين أنسجة العنق قد تتغير بمرض الغدد اللمفاوية . ووقتئذ قد يتقدم الوريد الودجي الى الأمام فيظهر العصب الرئوى المعدى فى الميدان فى اثناء تشريح الغدد الغائرة . قد قيل أن قطع أحد العصبين لا يحدث خطراً على الحياة ولا ينشأ عنه أى عرض مخيف . وهذا خطأ لأن شلل العصب الحنجرى الراجع مضاعفة خطرة . هذا إلى أن من المحتمل حدوث تنبيه مباشر فى الألياف المانعة من العصب الرئوى المعدى مما يحدث الوفاة تواً

العصب الوجهى

قد تمتد ضخامة الغدد الى الأعلى فى القسم الفكى فتكون قريبة من جذع العصب وهو يجاور الثقب الأبرى الحامى . والعصب فى هذا الموضع قريب من أحد الأوردة الصدغية الوجهية . وهذه الأوردة قريبة المنال فى اثناء العملية ومن الجائز عند ضبطها بالجفت امساك العصب به فى الوقت نفسه

العصب السيمباثوى العنقى

قد يصاب هذا العصب اثناء هذه العمليات واعراض الاصابة هى الجحوظ ، وارتخاء الجفن العلوى الذى يمكن قبضه اختياريًا الى أقصى ما يمكن ، وانقباض الحدقة انقباضا نسبيًا ، مع بقائها متأثرة بالضوء ، وانخفاض التوتر فى المقلة ، وعدم تمدد الحدقة بعد وضع قطرة الكوكائين فى العين . ولكن هذا الخطر بعيد لبعد العصب السيمباثوى ووضعه خلف الشريان السباتى

العصب الحاجزى أو الحجابى

يجب أن يكون بعيداً عن الخطر لكن بعضهم ذكر أنه قد يصاب فى اثناء العملية

الجروح الشريانية

رأى بعضهم حالة حدثت فيها الوفاة من اصابة الشريان ومن الحق أن نقول ان ذلك كان فى حالة غدد خبيثة ، ولكن ليس ما يمنع حدوثها فى عملية استئصال الغدد الدرنية . وقد قطع الشريان الدرقى العلوى بالقرب من منشئه من الشريان السباتى الظاهر وربط العص . وفى اليوم التالى حدث نزف ثانوى مميت . وربما كان من الحكمة فى هذه الحالة ربط الشريان السباتى الظاهر

الأوردة

لعل النزف الوريدى اكبر متاعب هذه العمليات ، فان الأوردة كثيرة إن لم يحافظ الجراح فى اثناء العملية على جفاف الجرح ويتأكد من الأنسجة التى يقطعها فمن الصعب امساك الوريد النازف . هذا الى أن من السهل ، وهو يحاول امساكه ، أن يتلف أنسجة أخرى . والوريدان الجديران بالعناية والاحترام هما الودجي الباطن ، والوجهى . والوجهى معرّض للوخز بالقرب من مصبــه فى الودجي الباطن . ولذلك يحسن تعيين هذين الوريدين فى الدور الأول من العملية حتى اذا ما نالهما الجراح بمشراطه وهو يستأصل الغدد أمكنه بسهولة ضبطهما . ولتعيين الودجي الباطن يلزم تخليص العضلة ذات البطنين وتبعيدها الى الأعلى وقلما يضطر الجراح الى استئصال جزء من الودجي بسبب التصاقه بالغدد . وكثيراً ما يتيسر استئصال الغدد ، بدون اصابته ، بالتشريح الدقيق . وأغلب ما يحدث اصابة الفروع بالقرب من اتصالها بالأصل ووقتئذ لابد من العناية فى اثناء ربط الفرع . وكذلك تكون العناية ضرورية اذا حدثت فتحة فى الودجي لأنك اذا ربطت الفرع أو الفتحة ربطاً جانبياً ووقفت النزف فى اثناء التخدير عرضت المريض لخطر انزلاق الربطة اثناء الإحتقان الوريدي الذى يحدث من القئ الاعتيادى بعد العمليات من التخدير . وقد رأى بعضهم ذلك مرتين ، ولذلك ينصح باقفال الفتحة فى الوريد بخياطة مستمرة بالكاتجت الدقيق بابرة دقيقة . وبعد اقفال الفتحة بهذه الطريقة تعمل خياطة ثانوية فوق الأولى بضم حافات الغمد الوعائى أو بضم حافات الأنسجة الصفاقية المجاورة . فاذا كانت الفتحة التى فى الوريد كبيرة يحسن ربطه أعلى الفتحة وأسفلها

السدة الهوائية

هى من الحوادث النادرة . ولا تشاهد الاّ من جرح عارض فى وريد كبير فى أسفل العنق ، اذ يدخل الهواء فيه مع الشهيق ويكون لدخوله صوت صفيرى مميز . وما لم يمنع دخول الهواء تحدث الزرقة فى الجسم فالوفاة . والعلاج هو وضع الأصبع بسرعة على الفتحة التى حدثت فى الوريد . وأهم ما تجب معرفته هى :

أولاً – إن السدة الهوائيـة لا تحدث الآ من جروح فى الأوردة الكبيرة التى فى أسفل العنق

وثانياً – إن الهواء لا يدخل فى الوريد طالما كان سير الدم الوريدى مستمراً من الطرف الدائرى . وهذا مما يستلزم ترك الوريد أعلى الفتحة وعدم محاولة وقف النزف بضغط الوريد أو امساكه بالجفت ؛ لأن ذلك مما يعوق الدورة الوريدية فى الوريد ويسهل دخول الهواء . والذى يعمل هو اقفال الفتحة فى الوريد بوضع الأصبع كما ذكرنا ثم ضبط الوعاء من الجهة القلبية . وبعد ضبط الوعاء من هذه الجهة يضبط من الجهة الدائرية

البلورا

قد يفتح التجويف البلورى فى أسفل العنق ، وقلما يحدث ضرر عن ذلك . على أن البعض شاهد وفاة عقب هذه المضاعفة . واذا فتح التجويف البلورى سمع للهواء صوت صفيرى اثناء الشهيق والزفير . وقد ينسب هذا الصوت الصفيرى الى دخول الهواء فى الوريد بعد جرحه على نحو ما ذكر فى السدة الهوائية

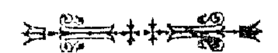
القناة الصدرية – اذا نال الجراح هذه القناة فظهر السائل اللبنى فعليه ربط الطرف المقطوع اذا أمكن العثور عليه . فاذا لم يتيسر ذلك يحسن اقفال الجرح اقفالاً تاماً ووضع ضغط عليه أعلى الترقوة . واياك أن تضع أنبوبة تصفية (درنغة) فى الجرح لأنك ان فعلت ذلك رأيت المريض وقد أخذه هزال سريع . فاذا لم تتضح هذه الاصابة فى اثناء العملية ، وعرفت بعد ذلك بخروج الكيلوس من الجرح فعلى الجراح اقفال الجرح اقفالاً تاماً أو حشوه حشواً جيداً

ملاحظات عامة

على الجراح أن يحافظ فى اثناء العملية على جفاف الجرح لكى يتحقق مما يعمل بشراطه . ومن الضرورى استئصال الغدد جملة واحدة بغير تمزيقها أو قطعها مخافة تلوث الجرح والأنسجة المجاورة، وان يكون الاستئصال كاملاً

ومن الغلط الشائع البدء فى تشريح الغدد واستئصالها قبل الكشف عن الأنسجة العظيمة الشأن التى يجب احترامها. ولا بأس من التشريح الكال إلاّ اذا أفرط فيه الجراح وأخذ يستأصل الغدد بجـذب الأنسجة وشدها مما قد يفضى الى تمزق وعاء حيث لا يسهل ضبطه . ولا بد من الحذر اثناء قطع الأنسجة المشدودة لأن الأوردة الكبيرة قد لا تظهر فيها وهى على شكل شريط أو حبل مشدود

وعلى الجراح أن يفهم أن واجبه لا ينتهى باتمام العملية والتحام الجرح ، فعليهِ أن يذكر أن المريض قد يكون مصاباً بالتدرن فى أى موضع آخر من الجسم كالرئتين مثلاً فلا يكتفى بمراقبة هذه المضاعفات ، بل من الواجب أن يرشد مريضهُ الى مايحتاج اليهِ من الوسائل الصحية الوقائية ، وأن ينصحهُ باستشارة طبيب متوفر على الأمراض الباطنية ، وطبيب متوفر على أمراض الحلق للفحص عن بلعومه وحلقه ولوزتيه . و يعتقد بعض الجراحين أن عملية استئصال الغدد الدرنية لا تكون كاملة الاّ اذا استؤصلت اللوزتان سواء أكانتا مريضتين أم سليمتين



الفصل الثالث

الجواتر

ليس من الحكمة استئصال الجواتر لا لسبب سوى وجود الجواتر . و يلزم أن يتردد الجراح قبل التدخل الجراحي ما لم تكن هناك أعراض ضغط معينة . ومن الحق أن تعمل العملية لغرض التأنق . و يشاهد كثيراً الجواتر فى الصغيرات من النساء اللاتى لا يصبرن عليه، و يطلبن من الجراح استئصاله لإزالة التشوه . وعلى الجراح ، فى مثل هذه الأحوال أن يتريث ، و يبدى لهن أن العملية قد لا تخلو من الخطر ، وأنها تقتضى أثرة التحام غير صغيرة ، وانهُ لا يمكن أن يستأصل الورم استئصالاً كاملا . ولقد شاهدت حالة فتاة غاية فى الجمال عملت لها العملية لإزالة التشوه الناشئ عن الجواتر باستئصاله . و بعد نحو ثمانية عشر شهراً كان لا يزال عندها ناسور فى موضع العملية . وقد شاهدت قريباً ، أيضاً ، فتاة أخرى عملت لها عملية استئصال الجواتر لإزالة التشوه . وكانت أثرة الالتحام صغيرة تكاد تكون غير واضحة ؛ لكنها لم ترض بالنتيجة لأنها كانت تلاحظ — ما يلاحظهُ قليل من الناس بغير معرفة التشريح — وهو ورم خفيف فى الناحية اليسرى من العنق ناشئ عن الجزء المتروك بالضرورة من الفص الأيسر من الغدة الدرقية

فمن العدل والصواب التردد فى استئصال الغدة الدرقية لا لسبب سوى التشوه والتنحى عن العملية فلا يعملها إلاّ مكرهاً

الجواتر الجحوظى

ان من الخطأ عمل العملية فى أحوال مرض جراف لأنها تكون خطرة ؛ هذا الى أن المرض كثيراً ما يزول بغير تدخل الجراح . ولا ينطبق هذا الكلام على الأحوال التى فيها ضخامة فى الغدة الدرقية يصحبها سرعة فى النبض متوسطة بغير جحوظ ، أو ارتعاش ، أو خفقان ؛ وهى أعراض مرض جراف القياسى . أما فى الأحوال الأخرى فلا تكون سرعة النبض دلالة مانعة نهائية وإن تكن مما يقتضى التردد فى التوصية بعمل العملية وكلما زادت سرعة النبض وجب أن يزيد التردد

وربما صورت الصحف الجراحية خطر العملية فى مرض جراف تصويراً خطأ . ولا ريب أن الخطر فى أيدى الجراح المتوسط الخبرة والمهارة أعظم مما يتضح من مطالعة الإحصاءات التى عملت بنجاح

الجواتر تحت القص

لا بد من استئصال الجواتر الذى يكون أدنى من قمة القص ، والذى ينمو الى أسفل من برزخ الغدة ليتخذ مكانه تحت القص ، وان لم تظهر علامات الضغط أوان الفحص . والذى يدعو الى الإسراع فى استئصال هذا الشكل هو ما يمكن أن يحدثه كبر الحجم من نزف أو خلافه ، من عسر التنفس الشديد الذى قد يفضى أحياناً الى الوفاة بسبب ضيق المكان الذى فيه الورم

وليس النزف فى الجواتر أو فى الكيس الجواترى بنادر . وهناك بضع أحوال حدث فيها الموت الفجائى من الاختناق بهذا السبب . فقد ذكر بعضهم حالة مريض توفى على عتبة باب المستشفى فى لندن من عسر تنفس بهذه المضاعفة ، كما ذكر حالة أخرى أسعفت بعملية وكانت سبباً فى خلاص المريض من الاختناق بنزف فجائى فى جواتر تحت القص

ومنذ بضع سنين كان يمشى رجل فى حديقة رجنت[1] فشوهد وهو يقبض على سياج الطريق وقد عسر تنفسه . ومات من الاختناق . وبتشريح جثته وجد جواتر صغير تحت القص . ولم يكن هناك ضمور فى غضاريف القصبة الهوائية ، ولا نزف فى الجواتر . ولا شك عندى أن هذه حالة ورم درقى فى العنق قد زاغ لسبب ما تحت القص فاحدث الوفاة اختناقاً

أما الأحوال التى تظهر فيها أعراض الضغط فلا بد من العملية فيها بغير ابطاء ما لم تكن هناك دلالة مانعة . والصرير[2] أوضح الأعراض ويحدث غالباً عن زيغ القصبة الهوائية الى الجانب أو عن انخسافها . واذا لم يمنع الضغط صارت غضاريف القصبة الهوائية رقيقة لينة من التآكل وكلما طالت مدة الضغط زاد تلف القصبة . هذا الى أن

---

(١) Regent's Park (٢) Stridor

المريض يكون معرضاً للموت الفجائي من الاختناق وكما أسلفنا قليل من الانسكاب الدموي في الورم الدرقي قد يحدث عسراً في التنفس مميتاً ولا سيما باسترخاء الغضاريف من طول الضغط

ويعرف بعضهم حالة جواتر تحت القص أحدثت أعراضاً حسبت خطأ انها ربو ؛ كان المريض رجلاً كبيراً في السن عالجه طبيبه لعسر في التنفس بضعة أشهر وهو يعتقد أن مرضه ربو . وذات يوم وهو خارج بيته أشتد عليه عسر التنفس وصار على وشك الاختناق، فدعى الجراح ونصح له بعمل العملية، واستؤصل الجواتر ولم يعاود المريض عسر التنفس بعد العملية

ويذكر بعضهم حالة غلام في الخامسة عشرة من عمره يشكو عسراً في التنفس اعتراه تدريجاً وظهر من العملية ما حسبه الجراح نقصاً في نمو القصبة الهوائية لأنها لم تسع الاّ أصغر أنبوبة قصبية . ولم يكف الشق القصبي الذي عمل لمرور الهواء فازداد عسر التنفس وازدادت الزرقة (السيانوز) . ومات الغلام بعد حين

وقد اتضح من تشريح جثته أن القصبة الهوائية كانت مضغوطة من جانبيها ضغطاً متناسباً من ضخامة متناسبة في فصي الغدة الدرقية . وما حسبه الجراح قصبة هوائية غير كاملة النمو لم تكن الاّ ثنية من القصبة المضغوطة . ولم يكشف الورم الدرقي إلاّ بعد الوفاة .

عمليات الجواتر

بزل الأكياس الدرقية

إن بزل الكيس الدرقي سواء أكان لغرض التشخيص أم للعلاج بالحقن عملية خطرة لأنها قد تحدث نزفاً ، لا يمكن اتقاؤه بأي عناية من الجراح . والنزف إما أن يحدث من وخز الضفيرة الوريدية التي على سطح الغدة الدرقية وإما أن يكون من داخل الكيس عقب استخراج مشموله الغروي ، وهذا النزف قد يحدث عسراً في

التنفس أو تجمعًا دمويًا منتشراً فى العنق . ويؤكد جيمس برى[١] وهو من أكبر الثقات فى جراحة الغدة الدرقيــة فى انجلترا أنهُ رأى مرضى تعرضت حياتهم للخطر وبعضهم فقد الحياة من هذا النزل

الاستئصال

تتلخص عملية الاستئصال فى استئصال أحد الفصين والبرزخ وبعض الفص الآخر فلا تستأصل الغدة كلها ، ولا بد من ترك قطعة لتقوم بوظيفة الغدة

ولعل أفضل شق للعملية ما كان منحنيًا وموازيًا للحافة السفلى من الغدة وأسفل منها قليلاً. ومن الضرورى تخطيط هذا الشق جيداً لكيلا يصادف الجراح فى اثناء العمل صعوبة من عدم رؤية الأنسجة جيداً

والغلطتان الشائعتان هما :

أولاً : جعل الشق عاليًا فى العنق فلا يتيسر الوصول الى الأوردة الدرقية السفلى والمسافة التى خلف القص ؛ وهى من أهم مناطق الخطر فى العملية

ثانيًا : جعل الشق مستعرضًا فلا يتيسر الكشف عن الجزء العلوى من الغدة . ويلزم أن ينحنى الشق الى الأعلى من جهته الخافية بغير مراعاة ما عسى أن ينشأ عن ذلك من عدم اختفاء أثرة الالتحام وبعد قطع الجلد والصفاق السطحي مع العضلة الجلدية يحسن نزع هذه الأنسجة من الصفاق الغائر فى مساحة الغدة . ثم يقطع الصفاق الغائر والعضلات الدقيقة التى أسفل العظم اللامى قطعًا مستعرضًا ، وتبعد الى أعلى للكشف عن الفص الجانبى والبرزخ من الغدة

وعلى الجراح ألاّ يحاول قبل ذلك البدء فى نزع الغدة من الأنسجة الملتصقة بها ؛ وهى مسألة قلما تلاحظ

---

(١) James Berry.

زيادة إفراز الغدة الدرقية

من الخطر الذى يعقب عملية الاستئصال غير الكلي للغدة الدرقية السم بزيادة إفراز الغدة الدرقية . إن سرعة النبض ، وسائر أعراض هذه المضاعفة ، كثيراً ما تطرأ عقب عملية استئصال الجواتر الجحوظى . ولتعلم أن السم بزيادة افراز الغدة الدرقية قد يحدث بدرجة شديدة ومميتة أحيانًا عقب عملية استئصال الجواتر الجوهرى البسيط . وهنالك ، لحسن الحظ ، وسائل تقلل هذه المضاعفة ، وقد تمنعها ، وهى :

(١) الرفق بالغدة فى أثناء استئصالها اتقاء تمزيقها ورضها . ويوصى بعضهم بضغط البرزخ والفص الجانبى لمنع النزف قبل قطعهما . وهو عمل غير ضرورى بل خطر ؛ والأحسن قطعهما بمشرط حاد

(٢) تصفية الجرح عقب العملية بأنبوبة تصفية (درنعة) . وهى وسيلة عظيمة الشأن لتصفية ما عساه ينسكب من المادة الغروية من السطح المقطوع للجزء المتروك من الغدة ، وأحيانًا يكون مقدار المادة الغروية المنسكبة غزيراً . هذا الى أن أنبوبة التصفية تسهل خروج الدم المنسكب فلا يتجمع ، ويضغط الأنبوبة القصبية المرتخية ، ويحدث عسراً فى التنفس قد يكون خطراً مميتًا .

أما التصفية بالدسام فغير وافية بالغرض وخطرة . ولا يفى الدسام بالغرض لأنه لا يسهل خروج السائل ، ويكون خطراً لأنك قد تجذب باستخراجه ربطة وعاء ، فتحدث نزفًا . ويذكر بعضهم مريضين حدث فيهما نزف شديد باستخراج الدسام من الجرح مما اقتضى فتح الجرح لضبط الوعاء النازف

(٣) حقن المريض بمقادير كبيرة من محلول ملح الطعام حقنًا شرجيًا ، أو تحت الجلد ، أو فى الوريد .

(٤) استعمال المخدر الموضعى بدلاً من المخدر العام . ولعل اختيار المخدر أقل شأنًا من سائر الوسائل التى سلفت ؛ والذى دعانا الى ذكره هو اهتمام كثير من المؤلفين بالمخدر الموضعى واعتقادهم بأنه أقل خطراً

التشنج

هو مضاعفة أخرى نادرة قد تؤدى الى الوفاة وتنسب الى ازالة جزء كبير من المنسوج الغدى . رأيت مريضة حدثت وفاتها بعد بضعة أيام. وكانت المريضة فتاة استؤصل من عنقها فص و برزخ لتحسين منظرها . وقد استدرجت بعد هذه العملية جراحاً لاستئصال الفص الآخر لإزالة التفاوت بين الناحيتين[1] ، وما عامت أن فى ذلك حتفها لأنها ماتت . وقد شاهدت هذا التشنج فى مريضين بعد انتهاء العملية وقبل أن ينقل المريضان من غرفة العمليات الى سريرهما ولم يمكث طويلاً ولم يتكرر

النزف

ينطبق كل ما قيل فى فصل الغدد الدرنية فى العنق على عملية استئصال الغدة الدرقية. وعلى الجراح أن يعمل العملية فى ضوء جيد ، وأن يتأكد من الأنسجة التى يشرحها وأن يحافظ على جفاف الجرح . وليس من العبث ذكر ربط الفتحات فى الأوردة ربطاً جانبياً ، وكذلك ربط الفروع بالقرب من اتصالها بالوريد الكبير . فان ربط الجراح شيئاً من ذلك فلينبه المريض ليتعرف الجراح متانة الربط بالمجهود الذى يعمله المريض قبل خياطة الجرح . وبهذه الطريقة قد يرى الجراح ما عسى أن يكون ترك من الأوردة الصغيرة بغير ربط . ويقول جيمس برى أن النزف الوريدى عقب العملية هو الخطر الأكبر فى عملية الغدة الدرقية

ويجب على الجراح أن يعتنى بنوع خاص بالأوردة الدرقية السفلى . فان فتح وريد بالمصادفة قبل ربطه فقد يتقلص خلف القص حيث يصعب العثور عليه .

اصابة الأعصاب

إن العصب الحنجرى الراجع هو أهم الأعصاب وأكثرها تعرضاً للخطر ؛ ولتعلم أنهُ يمر فى العنق بين فروع الشريان الدرقى السفلى ؛ ومن المستحسن الكشف عن العصب

---

(١) التفاوت ترجمة Asymmetry

واتقاؤه ولا سيما فى أثناء وضع الجفوت على فروع الشريان أو ربطها . وخير ما يعمل لهذا الغرض هو ربط الأفرع المختلفة من الشريان الدرقى السفلى فى أثناء قطعها ، بالقرب من وصولها الى الغدة

جرح القصبة الهوائية والحنجرة

قد ثقب الغشاء الحلقى الدرقى ثقبا عارضيا أعقبته الوفاة . ولا يقل عن هذه المضاعفة خطر ثقب القصبة نفسها

ومن عواقب هاتين المضاعفتين تلوث الجرح والمضاعفات الرئوية

وقد يحدث عسر التنفس، فى أثناء العملية ، وذلك فى الأحوال المزمنة التى تكون القصبة الهوائية فيها معوجة لينة . ولعلاج هذا العسر يكفى تغيير وضع رأس المريض وعنقه؛ فان لم يكف ذلك فمن المحقق تحسين التنفس بشق الصفاق الغائر . فإن بقى العسر يلزم شق برزخ الغدة

و يلزم خياطة الصفاق الغائر والعضلة الجلدية على نحو ما ذكرنا فى استئصال الغدد الدرنية من العنق ، وذلك للحصول على اثرة التحام حسنة .

و إياك أن تنسى خياطة أطراف العضلة القصية اللامية والقصية الدرقية

نقف الغدة

تفضل عملية النقف[1] فى أحوال الكيس الدرقى والأدينوم الدرقى . و ينطبق على هذه العملية كل ما قيل فى عملية الاستئصال غير الكلى . وأهم شىء فى هذه العملية هو تعرف غلاف الكيس أو الأدينوم ، والسير وهذا الغلاف فى أثناء النقف لتقليل النزف. ومخالفة هذه القاعدة مما يكثر النزف وتمزق الغدة

وفى الأحوال التى يتمدد فيها الكيس فيتمدد معه المنسوج الدرقى حتى يصير غشاء نصف شفاف قد يقطعه الجرّاح وهو يقطع الغلاف فتزول حدود الكيس أو الأدينوم . ولاتقاء هذا الخطأ يحسن ألا يعمل الشق حيث يقرب الورم الى الظاهر بل

---

(١) Enucleation.

يعمل فى منسوج الغدة الطبعى بعيداً قليلاً ثم يغور الجرّاح بالشق تدريجًا حتى يتضح الغلاف اللامع

الأكياس الدرقية اللسانية

لا بد من العناية ، فى أثناء استئصال الأكياس الدرقية اللسانية ، بتشريح الأكياس، واستطالاتها؛ من القناة الدرقيـة اللسانية من الأعلى والأسفل . وتمر القناة الى الأعلى خلف العظم اللامى أو خلاله ؛ وهى فى هذا الموضع تقتضى تشريحًا دقيقًا للكشف عنها. و بسبب صعوبة التخلص من هذه القناة، وهى منشأ الأكياس، كثيراً ما تعود الأكياس بعد استئصالها .



الفصل الرابع

الشق القصبي

قد يدعى الطبيب العام لعمل الشق القصبي لتخليص المريض من الموت اختناقاً وهى عملية، ما أسهلها، لو كان الطبيب هادئاً رزيناً فى عمله. ولتعلم أن السرعة هى أول حجر يعثر فيهِ الجراح، وان الشخص السليم يموت اختناقاً فى زمن بين عشر دقائق وعشرين، وان التنفس الصناعى كثيراً ما يعيد الحياة للغرقى الذين مكثوا فى الماء هذا الزمن، وان القلب لا تنقطع ضرباته بعد الشنق إلاّ بعد حين. وهذا كله مما يدعو الجراح الى عمل الشق فى أحوال الضيق الحنجرى بكل تأن. صحيح ان الحالة تستدعى العجلة، لكنها كثيراً ما تستدعى الندامة. ان العملية اذا عملت بتأن وترو لا تأخذ إلاّ بضع ثوان، وكلما حاولت الإسراع للتوفير من هذا الزمن دفعت ثمنه غالياً، ولوكان قلب المريض ضعيفاً من كبر السن أو تأثير المرض. فعلى الجراح أن يعمل كل شق بثبات ورزانة، وألاّ يعمل الاّ لغرض معين

قد فحصت حنجرة مريض مات اختناقاً. وكانت قد عملت له عملية الشق القصبي بغير فائدة. أتدرى لماذا؟ لأن الجراح شق الحنجرة والقصبة الهوائية سبعة شقوق. لقدكان الجراح عجولاً لدرجة أنهُ عمل ستة شقوق كانت كلها سطحية ولم تفتح القصبة لدخول الهواء إلاّ بالشق السابع. فهل وفر هذا الجراح شيئاً من الوقت بعجلته ؟

ويلزم الجراح اتقاءً للصعوبات أن يلاحظ ما يأتى: يوجه وجه المريض الى الأمام، ويبسط العنق، ويثبت الرأس تثبيتاً عمودياً، ويعمل الشق الكافى بثبات فى الخط المتوسط للعنق، وتبعد العضلات الخافضة للحنجرة، ويشق برزخ الغدة الدرقية. وقتئذ تظهر القصبة الهوائية، ولتربط الأوعية النازفة، ان سمح الوقت. ثم يثبت الغضروف الحلقى بتشبك حاد يوضع فى منتصف حافته السفلى. ثم تفتح القصبة بطعنة واحدة بالمشرط متجهاً حده الى الأعلى، تقطع حلقتين أو ثلاثاً من عليا حلقات القصبة فى الخط

المتوسط تماماً. ويلزم وضع المبعد الحنجرى قبل استخراج المشرط أو المشبك الذى ثبت الغضروف الحلقى. ثم توضع أنبوبة الشق القصبى عقب السعال الأولى الذى يحدث عادة بعد فتح القصبة

وإليك بعض الصعوبات التى قد تعترض الجراح وبعض الأغلاط الشائعة :

قد يعمل الشق الجلدى قصيراً فيطول زمن العملية لعدم وضوح الأنسجة تماماً. هذا الى أن قصر الشق قد يحدث امفزيما جراحية ، اذ يخرج الهواء فى الزفير فلا يجد له منفذاً سهلاً بسبب صغر الجرح. وقد يعمل الشق فى غير الخط المتوسط؛ ووقتئذ لا تطمئن الأنبوبة فى موضعها. وشق برزخ الغدة الدرقية أمر ليس الجراحون فيهِ على رأى. فمن كان رأيهُ الشق أحتج بأنك اذا تركت البرزخ بغير شق واستخرجت الأنبوبة لسبب ما وأردت أن تعيدها فقد لا تستطيع اعادتها لأن البرزخ يسد الفتحة التى فى القصبة. ويقول بعضهم انهُ رأى ضحايا كثيرة نتيجة المحافظة على سلامة البرزخ. على ان شق البرزخ الكبير بدون ربط الأوعية النازفة قد لا يحدث عنهُ نزف غزير. فخير المريض شقه لكيلا يضيع الجراح وقتاً طويلاً فى تبعيده لاحدى الناحيتين وقد يحدث الجواتر صعوبة فى الشق القصبى بتحويل القصبة عن مكانها أو ببروزه فى الجرح لا بسبب النزف

ويستحسن ربط الأوعية النازفة قبل فتح القصبة ان سمح الوقت. فان لم يسمح الوقت لا يحترم النزف ولا يعنى بهِ لأنهُ اكثر ما يكون وريدياً يزول بزوال الاحتقان بسهولة التنفس عقب فتح القصبة. وقليل من الضغط بقطع من الشاش يكفى لجفاف الجرح. وليست هذه القاعدة مطردة فقد يكون عدم احترامك النزف سبباً لسيلان الدم فى الأنبوبة فتغص به مما يحدث سعالاً دموياً يعوق التنفس. وقتئذ يلزم استبدال أنبوبة من المطاط بأنبوبة المعدن لكيلا يكون هواء الشهيق ملوثاً بالدم. ثم تضبط الأوعية النازفة وتربط

ويذكر بعضهم صعوبة عدم الاهتداء الى القصبة نفسها، واكثر ما يحدث ذلك فى أحوال الجواتر وفى الأطفال. فاما فى الجواتر فالسبب زيغانها، وأما فى الأطفال فالسبب

اكثر ما يكون من عدم وضع الرأس والعنق وضعا عموديا فانك ان لاحظت الوضع جيداً لا تضل حتى عن قصبة الطفل وهى صغيرة لينة

وفى التاريخ الطبى حوادث وضعت فيها الأنبوبة بجانب القصبة الهوائية أو أمامها أو فى المرىء . ولعل السبب فى بعض هذه الحوادث عدم خبرة الجراح الذى يضل الفتحة بعد شق القصبة أو لا يستطيع وضع الأنبوبة فيها لأن الفتحة التى عملت فيها تكون أصغر من أن تدخل الأنبوبة . ولاتقاء هذه الصعوبات يجب امساك الغضروف الحلقى بالمشبك الحاد ووضع الممدد القصبى قبل استخراج المشراط من القصبة

وإياك أن تشق الغضروف الحلقى ولا سيما فى الأطفال ؛ لأنه وُجد أن المريض اذا شق غضروفهُ الحلقى فقلما يرجع تنفسه الى الحالة الطبيعية فى المستقبل وقلما يستطيع الاستغناء عن الأنبوبة بسرعة .

هل أدلك أيها الجرَّاح على احتياط كثيراً ماتناسيته فى عملك الشق القصبى لعسر التنفس الانسدادى الفجائى الذى لم يكن فيه سبب الانسداد ظاهراً ، تفحص عن البلعوم ولسان المزمار بالأصبع قبل عمل الشق ، فكثيراً ما يمكنك أن تستأصل سبب الانسداد بطريق الفم مستغنياً عن الشق القصبى

يعمل الشق القصبى أحياناً لانسداد أو ضيق فى التنفس أسفل الحنجرة كما هى الحال فى بعض أحوال الجواتر . وفى مثل هذه الأحوال تكون أنبوبة الشق القصبى الاعتيادية أقصر من أن تحسن التنفس ، وللتغلب على هذه الصعوبة لا بد من استعمال آلة خاصة أو أنبوبة من المطاط تتعدى مكان الضيق

وقد كانت أنبوبة المسماع سبباً فى خلاص مريض فى اسعاف حالة بهذا الشكل . وأعرف حادثة فقد المريض فيها حياته لعدم إدراك الجرَّاح أن الانسداد أو الضيق أسفل الشق . وفى بعض كتب الجراحة حوادث أخرى من هذا النوع

أما الملاحظات بشأن أنابيب الشق القصبى فهى : لا بد أن تكون الأنبوبة لينة ، أو أن يكون ، على الأقل رداؤها متصلاً بها بحيث لا تتحرّك الأنبوبة بحركات الرداء ولتعلم أن قساوة الأنابيب وردائهـا مما يضر باطن القصبة الهوائية . ويجب تثبيت

الأنبوبة بشريط يمرُّ بأذنيها ويلف حول العنق ويعقد خلفه لكيلا يقذفها المريض بسعاله أو يخرجها بيديه اذا كان خائفاً أو متهيجاً . والواجب ألاّ يترك المريض الذى عملت له عملية الشق القصبي بغير ممرض أو ممرضة؛ لأن الأنبوبة قد تسد بغشاء كما فى أحوال الدفتيريا فيعسر التنفس . وذلك مما يقتضى استخراج الأنبوبة الباطنة ، فإن لم يجد ذلك ترفع الأنبوبة الظاهرة . ويوضع الممدد القصبي فى الجرح لفتح الشق الذى فى القصبة الهوائية أوان تنظيف الأنبوبة ، ولتسهيل إدخالها بعد ذلك

ومن المتاعب الخطرة الشائعة بعد هذه العملية إبقاء الأنبوبة فى الجرح اكثر مما يلزم لأن ذلك مما يعطل رجوع التنفس الى حالته الأصلية ، ومما يجعل المريض قلقاً لعدم استطاعته الاستغناء عن الأنبوبة . والمعتاد فى أحوال الشق القصبي المؤقت رفع الأنبوبة بعد العملية بيومين أو بعدها بأقرب ما يمكن

الفصل الخامس

سرطان اللسان

يقتصر الكلام فى هذا الفصل ، على سرطان اللسان فى جزئه السائب . وتتضمن عمليته الإعتيادية استئصال الجزء المصاب بالسرطان وجزء كبير من اللسان السليم حوله واستئصال جميع الغدد اللمفاوية التى فى العنق تحت اللسان وتحت الفك

ولسائل أن يسأل : أيعمل ذلك دفعة واحدة أم يستأصل اللسان دفعة وتستأصل الغدد دفعــة أخرى ؟ والجواب عن هذا السؤال يتوقف على رأى الجراح نفسه مسترشداً بخبرته ، ومهارته ، وسرعته فى العمل ، و بانتشار المرض ، وبخطورة العملية ، وبحالة المريض وقوته على احتمال العملية . فان رأى الجراح أن يكون العمل دفعة واحدة فليبدأ باستئصال الغدد التى فى العنق . لأن هذا الجزء من العملية أنظف ، هذا الى أنه مما يسهّل الجزء الثانى منها بتقليل النزف بربط الشريانين اللسانيين فى جزئها الأول

أما اذا رأى أن يكون العمل دفعتين فاستئصال اللسان مقدم على استئصال الغدد لأنهُ هو أصل المرض ، ولأن المريض قد يجتزىء باحدى العمليتين خوفًا من دخول غرفة العمليات دفعة أخرى . وقد حدث ذلك ذات مرة فى مريض استؤصلت الغدد التى فى عنقهِ فى الدفعة الأولى ، ولم يقبل أن يستأصل السرطان الذى فى لسانه وفصل من المستشفى ، على أن بعضهم يرى تأجيل استئصال الغدد فى أحوال سرطان اللسان وغيره . فقد سمعت المستر هربرت باترسون وهو يخطب فى القسم الجراحي من الجمعية الطبية البريطانية فى اجتماعها الثالث والتسعين ذات العويم[1] فى بورتسموث يقول :

« ألا يجوز أن الواقع فى الجراحة العصرية هو الاعتداء على الغدد اللمفاوية بقسوة ؟ »

« أنستطيع أن نقدر تأثير الغدد اللمفاوية فى دفاعها ومقاومتها انتشار السرطان ؟ فاذا استأصلنا كل الغدد المجاورة فى اثناء العملية أفلا نحرم المريض من أول وأفضل

(١) يقال لقيته ذات العويم أى فى العام الماضى

خط هيأته الطبيعة للدفاع ؟ لا شك فى أن الخلايا السرطانية المنتشرة من السرطان الأولى تحجز ، ولو مؤقتاً فى الغدد اللمفاوية المجاورة . ولا يبعد أن هذه الغدد قد تستطيع اتلاف عدد محدود من هذه الخلايا بعد استئصال الورم الأولى . ولا ريب فى اننا جميعاً قد صادفتنا أحوال لم نتمكن فيها من اجراء العملية كاملة فى سرطان الأمعاء ؛ اذ نترك الغدد اللمفاوية المرتبكة بالسرطان ، و بالرغم من ذلك فقد عاشت المرضى اثنتا عشرة سنة أو أكثر . ألا يمكن أن يكون السبب فى طول حياة هؤلاء المرضى هو عدم كمال العملية و بقاء هذه الغدد . إن من الصعب ، فهم هذه المصادفات ، ولست أستطيع شرحها إلاّ بأن الخلايا السرطانية التى تركت قد اتلفها المنسوج السليم فى الغدد حيث كانت ضيوفاً ثقيلة »

« بين الدكتور كريل[1] أن الاورام السرطانية الثانوية فى الأحشاء البعيدة تظهر فى أقل من ١ فى المائة فى سرطان الوجه ، والعنق ، والرأس ، وأن الورم ينحصر غالباً فى الغدد اللمفاوية العظيمة التى تكتنف العنق . و يقول إن منطقة الغدد اللمفاوية التى حول العنق هى كالحصن المنيع ، وقلما تخترقه الخلايا السرطانية . ثم استأنف كريل قائلاً : إن هذه الحقائق ترشدنا الى سر القاعدة الأولى ، وهى استئصال هذه الغدد المفيدة جملة واحدة . ولا شك أن هذا منطق معكوس . فاذا كانت الغدد اللمفاوية تقوم كالحصن المنيع يحول دون دخول الأعداء فليس من سداد الرأى ، يقيناً ، استئصالها حتى نتخلص تماماً من الورم الذى نريد منع انتشاره لقيام هذه الغدد حاجزاً منيعاً يحول دون اختراقه . إنى أزعم أن الملاحظة الباثولوجية حقيقية ، لكن استنباط الجراحين من هذه الملاحظة خطأ . وأقترح أن يبقى هذا الحصن المنيع ، مدة بضعة أسابيع ، بعد استئصال الورم الأصلى . فى غضون هذه المدة تقوم هذه الغدد بعملها النافع وتصد ما قد ترك من الخلايا السرطانية فى الجرح ؛ لأنها تؤدى وظيفة الزبالين . فاذا ما بطلت حاجة الجسم لهذا الحاجز يمكن استئصال هذه الغدد بما قد تضمنته من الخلايا السرطانية . فقد أجريت عملية السرطان فى اللسان بهذه الطريقة فى ثمانية مرضى ؛ خمسة قبل الحرب ، وثلاثة

---

(١) Dr. G. W. Crile.

بعدها . من هؤلاء المرضى توفى واحد بالتهاب شعبى رئوى بعد العملية بسبعة أيام ، وآخر لم أستطع اقتفاء أثره ، ولعله توفى ، وآخر توفى بعد العملية بخمسة عشر شهراً . وأما الباقون وهم خمسة فكلهم أحياء ؛ منهم أربعة مضى على عمليتهم الأصلية ست سنين . ولا شك أن هذا العدد أصغر من أن يبنى عليه نتائج ، لكن بمقابلة هذه النتائج بما سبقها من نتائج سرطان اللسان أرى أن الأخيرة عون للجراح فى عمله ، لأنى لم أعرف مريضاً من النتائج السابقة عاش بعد العملية خمس سنين . وأرى ان هذه الطريقة — طريقة تأخير استئصال الغدد اللمفاوية الى حين ، بعد العملية الأصلية ، جديرة بالتدبر ، حقيقة بالتجربة . ولقدأخذت فى تجربة هذه الطريقة ، منذ ثلاث سنين ، فى علاج سرطان الثدى ، لكنى لست أستطيع أن أستنبط رأياً ناضجاً الآن . »

«وحاشاكم أن تفهموا أنني أقلل من شأن العملية لعلاج السرطان، لأنى أراها ضرورية. لكن غرضى هو التعجيل بها لكيلا تكون عظيمة ، وعملها فى دفعتين إن امكن ، يستأصل الورم الأصلى فى الدفعة الأولى ، والغدد اللمفاوية فى الدفعة الثانية . لنكن أكثر تريثاً فى إزالة أول خط هيأته الطبيعة للدفاع[1] »

وليس فى استئصال اللسان بالمقراض شيء من الصعوبة الا فى ضبط الشريان اللسانى على أن الجراح قد لا يصادف هذه الصعوبة إذا سار فى عمله بمقراضه سيراً منتظماً بهذا الترتيب :

يقطع الغشاء المخاطى أولاً . ويشق اللسان نصفين فى الخط المتوسط ، وتقطع العضلات من الخلف الى الأمام . ولا يقطع جزء اللسان المحتوى على الشريان اللسانى إلاّ أخيراً . فان اتبع الجراح هذا الترتيب لم يخطئ النزف . وقد رأى بعضهم جراحاً وقد ارتبك بقطعه الشريان اللسانى قبل نزع اللسان ونبا عنه ولم يتمكن من ضبطه الاّ بعد بضع دقائق نزف فيها الشريان غزيراً .

ولا بد من خياطة حافات الغشاء المخاطى بعد استئصال اللسان لتغطية السطح المتعرى فى الفم بقدر الامكان ، فمن مزايا هذه الخياطة تقصير زمن النقه ، ومنع نهاية

---

(١) نشرت هذه الخطبة فى المجلة الطبية البريطانية فى جزء ٢٩ سبتمبر سنة ١٩٢٣

اللسان من السقوط الى الخلف عائقة التنفس ، ووقف النزف . والحقيقة أن خطر سقوط نهاية اللسان الى الخلف لا يتوقع الا اذا نزعت العضلة الذقنية اللامية اللسانية من موضع ادغامها فى الفك الأسفل

وهذا النزع حتم فى العمليات الكبيرة ، وهو مما يقتضى وضع فتلة فى عص اللسان أو فى الثنية اللسانية الطرجهالية يبقى طرفاها خارج الفم لجذب العص الى الامام

ويحسن ربط الشريان اللسانى أوان استئصال الغدد اللمفاوية فى العنق . ويجب أن يربط فى جزئه الأول ، أى قبل أن يختفى تحت العضلة اللامية اللسانية ؛ لأنك بربطه فى هذا الموضع تقف النزف من فروعه على ظهر اللسان

ومن المفيد قطع العصب اللسانى ، لأن قطعه يقلل الألم عقب العملية ، ويحول دون قلق عظيم قد يبدو اذا عاد السرطان بعد العملية فى الفم . ويرى العصب ، بعد استئصال الغدة تحت الفك والغدد اللمفاوية المجاورة؛ لأنهُ يعبر العضلة اللامية اللسانية أسفل الفك

وقد يفتح الجراح ، في اثناء استئصاله الغدد اللمفاوية قاعدة الفم . وهى مضاعفة سيئة لما يعقبها من تلوث الجرح الذى فى العنق من الفم . على أن هذا التلوث قد يحدث ولو لم تثقب قاعدة الفم واصلة العدوى بطريق قناة وارتون المقطوعة ، ولذلك ينصح بعضهم بتصفية الجرح الذى فى العنق

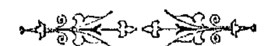
واكبر أسباب الوفاة عقب عمليات اللسان الخبيث هو الالتهاب الرئوى . وينشأ هذا الالتهاب عن سببين ؛ كلاهما ممكن اتقاؤه

فالسبب الأول استنشاق الدم فى المسالك الهوائية . ويتقى هذا السبب إما باستعمال الوضع الرأسى المنحدر ، وإما بعمل شق قصبى تمهيدى ، ويفضل الشق القصبى فى كل الأحوال التى تقتضى التدخل فى مؤخر اللسان ، ويعمل بالتخدير الموضعى قبل العملية بيومين ، وقبل الاستئصال يحشو الجراح البلعوم ، بعد تخدير المريض ، بالشاش حشواً جيداً

ويرى كريل وسيلة أخرى للأحوال التى لا يقطع فيهـا عص اللسان . وهى إدخال أنبوبة من المطاط ، عقب تخدير المريض ، فى كل ناحية من الأنف ، حتى تصل الى لسان المزمار تقريباً ، ثم حشو البلعوم بالشاش . ولا بد أن تكون الأنبوبة واسعة لسهولة التنفس

واستعمال الإتير داخل القصبة الهوائية مع حشو البلعوم بالشاش وسيلة أخرى لهذا الغرض

والسبب الثانى للالتهاب الرئوى عقب هذه العمليات هو دخول المواد الغريبة فى المسالك الهوائية فى أثناء مجهودات البلع والازدراد . ولاتقاء هذا السبب لا بد من تغذية المريض بأنبوبة أنفية فى الأيام الأولى عقب العملية



الفصل السادس

أورام الغدد اللعابية

ليست الأورام النكفية المختلطة نادرة ، فيصادفها الأطباء كثيراً وتراهم فى حيرة مما يبدون فى شأنها . وإن لم يكن الجرّاح حريصاً عالماً بالتأريخ الطبعى لهذه الأورام أخطأ فى تشخيصها ، وربما طمأن المريض على ورم خبيث لم تظهر فيه كل علامات الخبث كالشلل الوجهي وخلافه مؤكداً إياه بقوله مثلاً إن الورم حميد . قد يسرّ المريض هذا الإنذار الحميد ، لكنهُ قد يكون سبباً فى ضرره بتأجيله العملية ، لأنك إذا علمت أن من السهل استئصال الأورام الصغيرة المتكيسة فى الأدوار الأولى لأنها تنشأ سطحية أو تكون كذلك ، وإذا علمت أن الأدينوم يكبر مع الزمن وينتشر فى الأجزاء الغائرة من الغدة التى يصعب الوصول اليها ، وأن هذه الأورام المختلطة تتحول مع الزمن الى خبيثة ، فإذا علمت كل ذلك عرفت ضرر تأجيل العملية وعرفت أن من الحرص نصحك للمريض واستدراجه لاستئصال الورم وهو صغير سطحي ، ثم إبداء رأيك فى الورم بعد الفحص المجهرى . ويعود الورم بعد استئصاله فى نصف عدد المرضى تقريباً ، ويتحول ربع عددهم من أحوال حميدة الى خبيثة

وأفضل شق لاستئصال الورم النكفى المختلط هو الذى يوازى العظم الوجنى ، واذا كان الادينوم كبيراً فلا بأس من جعله على شكل T . ولتعلم أن العصب الوجهى غائر لا يناله الجراح بأذى إلاّ اذا جال بمشراطه بعيداً عن غلاف الورم . أما قناة الغدة النكفية فمعرضة للخطر إن لم يذكر الجراح موضعها التشريحى . وليس من السهل علاج القناة اذا قطعت لأن موضع القطع يكون غالباً خلف الحافة الوحشية للعضلة المضغية أى حيث تتعذر عملية ديجويز[1] بينما أنهُ من الصعب الكشف عن القناة وربطها لإبطال أفراز الغدة.

---

(1) Déguise.

اضطرّ بعض الجراحين لعلاج كيس لعابى كبير نشأ فى وجنة مريض عقب استئصال ورم نكفي. وكانت اثرة الالتحام عمودية. وقد قال الجراح الاول الذى استأصل الورم للجراح الثانى الذى أخذ يعالج المريض إنه لم يفكر مطلقا فى القناة فى أثناء الاستئصال. فأراد الجراح الأخير أن يعالج المريض بطريقة ديجويز، اذا كان قطع القناة من الأمام، أو بربط القناة، اذا كان قطعها خلف الحافة الأنسية للعضلة المضغية، لأن الغدة يبطل افرازها بسد قناتها. وقد تأكد الجراح، بوضع مسبار دقيق فى الفتحة الحاوية التى فى الفم، من العثور على الجزء الطرفى من القناة، وعرف أن موضع الاصابة بعيد فى الخلف لكنهُ لم يتمكن من العثور على الجزء القريب من الغدة. وعلى ذلك لم يتيسر له العلاج باحدى الطريقتين. وكان الكيس قد تجاوز الجزء الطرفى من القناة فعمد الجراح الى ربطة وأدخلها من الفم فى الجزء المقدم من الكيس وخرج بها من الفم أمام العضلة المضغية وعقدها جيداً رجاء تكوين فتحة جديدة فى الفم بموت الجزء المربوط ضغطاً، ووضع وسادة متينة على الوجنة بعد اقفال الجرح. وقد نجحت العملية نجاحاً عظيماً وزال الكيس. لكن لم يعرف أكان النجاح دائماً أم لا. ويخشى أن تلتحم النواصير اللعابية الصناعية التى عملت للأغراض العلاجية

ورشح الافراز اللعابى الذى يشاهد كثيراً عقب شق جوهر الغدة النكفية ينقطع غالباً انقطاعاً ذاتياً أو بضغط خفيف. ولم أرَ ناصوراً لعابياً دائماً من هذا النوع

النكاف أو الالتهاب الثانوى فى الغدة النكفية

يحدث مضاعفة فى جملة أمراض، وأخصها الاضطرابات البطنية. ولعل السبب الجوهرى هو وقف الافراز اللعابى وقفاً يكون من شأنه التعرض للعدوى، وذلك كما يحدث فى مواضع أخرى. وأسباب وقف الافراز فى الغدة النكفية هى:

(١) انسداد القناة انسداداً عضوياً بوجود حصاة مثلاً

(٢) فقد المنبه الطبعى الذى يصحب مضغ الطعام. وهذا هو السبب الأصلى فى الالتهاب الثانوى؛ والمعتاد أن يلازمه سبب آخر تابعى هو استعمال المورفين والاتروبين.

فليتوقع الجراح الالتهاب النكفى التقيحى فى كل الأحوال التى يفقد فيها المضغ و يستعمل المورفين متكرراً

وأهم ما تجب معرفته أن الالتهاب النكفى حالة عفنة تستدعى العلاج بالشق بغير تريث . فان أجلت العملية حتى يتضح التموج أو لسبب آخر فالخطر شديد من امتداد التعفن الى مناطق ليس فى ميسور الجراح الوصول اليها . فقد يحدث تخثر فى الأوردة الجناحية و يمتد الى الجيب الكهفى ؛ وهى مضاعفة ربما كانت نظرية تشريحية اكثر منها حقيقية ؛ لكن بعضهم قد شاهدها وانتهت بالوفاة

أورام الغدة اللعابية تحت الفك

من الصعب تمييز هذه الأورام من أورام الغدة اللمفاوية المجاورة . والذى يساعد على تشخيصها هو ازدياد حجمها سريعاً عقب الطعام . هذا الى أن من الضرورى فحص فوهة القناة أسفل اللسان فى كل حالة يخامرنا الشك فيها . فقد نجد جسماً غريباً كشعرة من المجرد أو السواك أو كحصاة فى القناة اللعابية ، أو نجد علامات أخرى كالاحمرار والانتفاخ أو نقط نزفية صغيرة حول حلمة فتحة القناة ؛ وهذه كلها مما تدل على آفة فى الغدة اللعابية لأن تأثير الأحوال الالتهابية أو الانسدادية فى الغدد اللعابية يتضح كثيراً بهذه الطريقة فى الغشاء المخاطى حول فتحة قناتها

يصادف الجراح ، من وقت لآخر ، حالة ظهر فيها خراج فى الغدة تحت الفك لوجود حصاة فى قناتها . ويخشى أن تنسب العدوى الى الغدد اللمفاوية ؛ فتعالج بالشق والتصفية بغير تنبه الى وجود الحصاة فى القناة . فان حدث ذلك تولد ناصور مزمن لا يلتحم أو[1] تعرف الحصاة فتزال بعملية . وقليل من العناية فى درس تاريخ المرض فى الحصاة اللعابية يرشد بسهولة اليها لما يلازمها عادة من الألم والانتفاخ الذين يزيدان فى أثناء الطعام

---

(١) الى أن

عواقب عمليات الغدة تحت الفك

ومن عواقب عمليات الغدة تحت الفك شلل العضلة الذقنية المربعة . وقد تقدم الكلام على سير العصب الذى يغذى هذه العضلة

وقبل ختام هذا الموضوع أرانى فى حاجة إلى ذكر سببين ، لانتفاخ الغدة تحت الفك ، قد يغيبان عن الجراح وهما :

(١) تناول يودور البوتاسيوم . قد يُحدث هذا الدواء فى بعض الأشخاص انتفاخًا متناسبًا فى الغدة تحت الفك والغدة تحت اللسان فى الناحيتين

(٢) التهاب الغدة النكفية العفن – قد يحدث فى هذا المرض وقبل ظهور الورم النكفى ببضعة أيام انتفاخ فى الغدة تحت الفك والغدة تحت اللسان فى ناحية أو فى الناحيتين فالطبيب الذى لا يحفظ هذين السببين قد يوبخ لعدم احتياطه الاحتياط الواجب لمنع امتداد مرض عفن

الفصل السابع

اللوزتان والأورام الحلقية الأنفية الغدية

مهما يكن الرأى فى فائدة اللوزتين للإنسان فان الله لم يخلقهما عبثًا . لقد وجدا لمنفعة معينة . وعلى الجراح ألاّ ينصح باستئصالها الاّ مدفوعًا بأسباب قوية ؛ وإلاّ صرف المجهود بغير حكمة .

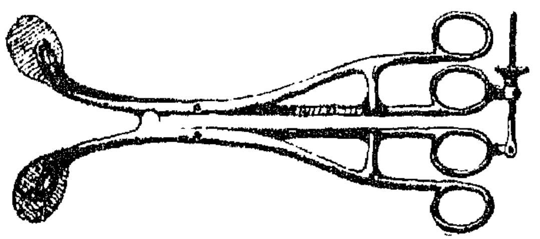
استئصال اللوزتين ، غالبًا ، عملية سهلة . ولعل هذا هو السر فى أنها لا تعمل جيداً. إنها تعمل كثيراً و يعملها كثير من الجراحين ؛ وهذا هو سبب كثرة حوادثها ؛ التى منها ترك المريض يتزحلق من راس منضدة العمليات ، فيسقط على الأرض ، فتنكسر جمجمته نعم حدثت هذه الواقعة وغيرها مما يدل على أن الانسان ليس معصومًا من الخطأ ، وان الجراح أخرق قد يرتبك فلا يعمل عمله بخفة ورشاقة ، وأن المنوّم لا يجيد فن التنويم

واليك ما قد يحدث من الأغلاط فى هذه العملية :

استئصال جزء صغير من المنسوج اللوزى ، أو بعبارة أخرى حلق الجزء البارز من اللوزة مما يؤدى الى بقاء زوايا وجيوب صغيرة تضمن للمريض التعب فى المستقبل لأنها تكون مأوى للمواد العفنة . و إذا استؤصلت اللوزتان بهذه الطريقة فليس من السهل استئصالها بعد ذلك استئصالاً نظيفًا تامًا . وأهم ما تجب ملاحظته وقت الاستئصال بجيلوتين اللوزة هو : وضع طرف الجيلوتين وضعًا جيداً خلف اللوزة وأسفلها ، والتى تضغط جيداً لتدخل فى فوهة الجيلوتين بوضع الأصبع أو الابهام على العمود المقدم من الحلق ، ثم تستأصل بادخال السلاح . وليس من النادر أن يرى الجراح ، بعد استئصاله اللوزة بهذه الطريقة ، أنه حلق جزءاً من العمود المقدم من الحلق أو جزءاً من اللسان . و ينسب ذلك الى استعمال جيلوتين بفوهة واسعة جداً أو بفوهة بشكل معيب . لا بد أن تكون الفوهة بحيث تكفى لدخول اللوزة فحسب ، وأن تكون بشكل بيضى . وأما الفوهة المستديرة فغير محمودة .

وقلما يحدث النزف ضرراً ، على أنه قد يستمر رغم الوسائل الواقفة . وقتئذ يلزم سند المريض فى الوضع الجلوسى ؛ وعمل ضغط ثابت بقطعة من الأسفنج بالجفت تبقى على السطح النازف بغير تراخ مهلة ست دقائق عداً على الساعة . فان لم يقف النزف يضم العمود المقدم والخلفى من الحلق على قطعة من الدسام بغرز من الخياطة . ويروى بعضهم حادثة جرح فيها الشريان السباتى الباطن فماض الدم وفاضت الروح على الأثر وكان السبب فى هذه الحالة عدم إحكام الآلة قبل الاستعمال ، وحين دفع السلاح الى مكانه تجاوزه متعديًا على الشريان

وقد رأيت في جزء المجلة الطبية البريطانية الصادر بتاريخ ٣ نوفمبر سنة ٢٣ صورة آلةلوقف نزف الدم عقب عملية استئصال اللوزتين وتسمى بضاغط موضع اللوزتين (شكل ١)



(شكل ١) ضاغط موضع اللوزتين لوقف النزف

وطريقة استعماله للنزف كما يأتى :

توضع فى كل شعبة من شعبتيه ، هرشفة[1] أو اسفنجة من القطن . ولتعلم أن انحناء الشعبة يجعل الهرشفة فى المحور الطويل لموضع اللوزة فتلامس السطح المتعرى كله . ويقول مخترع هذه الآلة أنه قد استعملها ، ذات مرة ، فى طفل لوقف النزف ، فنام الطفل والضاغط ضاغط موضع النزف. وتصنع الآلة فى محل ماير وفلبس[2] بلندن

وعلى الجراح ، قبل إجراء العملية فى الأطفال ، أن يفحص عن حامض الدياستيك والزلال فى البول . فقد استأصل أحد الجراحين اللوزتين من طفلة بناء عن طلب زميل له .

---

(١) الهرشفة بالكسر وتشديد الفاء خرقة ينشف بها ماء المطر ، ويمكن الاصطلاح عليها لما يسمى بالانكليزية .Swab

(٢) Messrs. Mayer & Phelps.

و بعد العملية بيوم واحد ظهر الدم والاسطوانات البولية في بولها – علامات الالتهاب الكلوى – و بعد أسبوع ابتدأ التقشر الجلدى . واتضح أنها وهى بعيدة عن بيتها اعتراها «التهاب فى الحلق» شديد . إن الكلورفورم والايتير يهيجان الخلايا الكلوية و يؤذيان من كان عنده التهاب كلوى .

قد تعمل عملية استئصال اللوزتين والأورام الحلقية الأنفية فى الأطفال وقت الاثغار ولا يبعد أن تكون عندهم أسنان متقلقلة من السهل قلعها اذا لم يكن الانسان حريصاً وهو يستعمل مبعد الفك . وربمـا اتخذ الآباء من ذلك سبيلاً لتجريح الجراح وارساله مثلاً للرفق بالطفل فى عملياته .

أما عملية الأورام الحلقية الأنفية فيلزم أن يستعمل الجراح فيها آلة كحت حادة لكيلا يتخلف عنها ذيول صغيرة من الأورام تبقى معلقة فى التجويف الحلق الأنفى وتذهب براحة المريض ببقائها أو بموتها بالمستقبل . ولعل ذلك أكثر حدوثاً فى الكبير من الأطفال إذ تكون الأورام الأنفية الحلقية عندهم صلبة ليفية . ويروى بعضهم أنه استأصل هذه الأورام ، ذات مرة ، وكان المريض فى إحدى دور الصحة . و بعد انصراف الجراح بساعة أرسل اليه طلب يستقدمه بسرعة لأن الصبى كان على وشك الاختناق . فذهب الجراح اليه فوجده جالساً مضطرباً ومصاباً بعسر شديد فى التنفس . وكان السبب بقاء ذيل من الأورام معلقاً فى الجدار الخلفى للحلق يدفعه الشهيق الى فتحة المزمار فيسدها تقريباً مولداً عسراً شديداً فى التنفس . استؤصل الذيل وارتاح المريض على الأثر

و إياك أن تستعمل فى العملية آلة قد براها تكرار السن فأصبحت رقيقة؛ لأنها قد تنكسر وقت العمل . فقد وقعت هذه الواقعة لبعضهم فانكسر السلاح، ولم يعثر لشظيته على أثر . فان صادفك مثل هذا الحادث فانك لا تستطيع إتمام العملية إلاّ اذا كان عندك آلة أخرى . هذا الى أنك تظل قلقاً غير مرتاح الضمير بفقدك سلاحاً حاداً فى مريضك

والتخدير الشديد حتى زوال الأفعال المنعكسة خطر لا شك فيه . فقد رأى بعضهم مريضاً لازمتهُ الزرقة (سيانوز) بضع دقائق بعد العملية لدخول الدم فى رئتيه . ولعل النزلة الشعبية والالتهاب الشعبي الرئوى عقب عملية استئصال اللوزتين والأورام الأنفية الحلقية من دخول الدم وبعض المنسوج اللوزى فى المسالك الهوائية

ترى أحدث أن اللوزة أو قطعة من المنسوج الغدى سقطت فسدت مسالك الهواء ؟

الخراج حول البلعوم

يمرُّ أحياناً فى المستشفيات والمستوصفات التى تعمل فيها عمليات استئصال اللوزتين والأورام الغدية الأنفية الحلقية أن يرى الجراح مريضاً بخراج خلف الحلقوم . فلا تمنع المأساة إلاّ اذا كان الجراح والمنوم كلاهما على حذر من الواقعة ، وعلى علم بما يجب أن يعمل . أما ما يقع فهو : أوان وضعك المبعد ، أو بسطك الرأس على طرف طاولة العمليات ، أو تخدير المريض تخديراً شديداً ، يمتنع الهواء من الدخول الى الصدر ، وينقطع التنفس . أما ما يجب أن يعمل فبسيط وهو : وقف التخدير سريعاً ، ورفع المبعد ، وسند المريض فى الوضع الجلوسى مع دفع الرأس الى الأمام . فاذا فعلت ذلك عاد الى المريض تنفسه . ومتى انتظم التنفس، وأخذ يتلاشى تأثير المخدر ، فوقتئذ فقط ، لا قبل ذلك، يمكنك أن تفتح الخراج. والمعتاد ألاّ تستدعي الحالة الشق القصبي اذا عملت الوسائل التى ذكرت ، ويجب ألاّ يعمل الشق الاّ إذا فشلت

ولعل أول ما يعمله الجراح الذى لم تصادفه أحوال كثيرة من هذا النوع ، حين يبدو على الطفل عسر التنفس ، هو ادخال الأصبع فى الفم مستقصياً سبب العسر . فاذا ما اهتدى الى الخراج خلف البلعوم فقد تدفعهُ قلة خبرته الى الاسراع بفتحه رجاء ازالة ما عاق النفس . ولا ريب أنه يزول ، ويحدث التنفس غائراً للتعويض ، فتدخل محتويات الخراج فى المسالك الهوائية وينشأ التهاب شعبي عفن ، والتهاب شعبي رئوى عفن ، ولا شك أن الشق القصبي أفضل من فتح الخراج على ان الجراح قد ينبو عن

الخراج ، حتى بعد ادخال أصبعه فى الفم مستقصياً سبب الانسداد التنفسى . ويكون السبب نحوه بالأصبع نحو فتحة المزمار واللسان مستقصياً عن الانسداد غير مدرك ان عسر التنفس من خراج خلف البلعوم

خراج اللوزة

ينطبق أغلب ما قيل عن الخراج خلف البلعوم على خراج اللوزة . فاذا خدر المريض تخديراً عاماً فقد يعتريه عسر التنفس. والعلاج واحد . ولا تختلف المضاعفات

ويمكن فتح الخراج حول اللوزة فتحاً جيداً بغير ألم بنزع العمود الحلقى المقدم من اللوزة بارسال مسبر منحن وعلى طرفه قطعة من القطن مغموسة بالفازلين

وقلما يستصوب التخدير العام فى مثل هذه الأحوال



الفصل الثامن

الانسكاب البلوروى

ان الوفاة الفجائية كثيراً ما تحدث فى المرضي المصابين بانسكاب بلوروى عظيم . وفى غير مرة حدثت هذه الوفاة فى أثناء وجود الطبيب مع مريضه وهو يدخل الابرة فى تجويف الصدر للاستقصاء أو لاستخراج السائل . وقد ذكر سيرس[1] عشرة أحوال حدثت فيها الوفاة عقب الاستقصاء البسيط بغير اخراج أى سائل

ولعلّ السبب فى أغلب هذه الحوادث هو تغيير وضع المريض ؛ أى إن السبب المباشر لإحداث الوفاة هو التغيير الفجائى فى الأحوال الوعائية داخل الصدر . ويزداد هذا السبب وضوحاً اذا عرفنا أن الموت الفجائى يندر بل لا يحدث أبداً ما دام المريض يلزم السكون ، وانهُ لا يحدث إلاّ اذا تغير وضع المريض تغيراً فجائياً . واكثر الحركات خطراً جلوسه من النوم ؛ ففى كل أحوال الموت الفجائى فى الانسكاب العظيم فى تجويف البلورا حدثت الوفاة والمريض يحاول الجلوس

ان الدرس ظاهر : وهو حتم على الطبيب ألاّ يسمح بتحريك المريض فى فراشه أو بنقله الى المستشفى ما لم يُستخرج مقدار كاف من السائل الذى فى صدره . ومن الواجب ، حتى بعد استخراج السائل ؛ أن تعمل الحركات الضرورية ببطء ورزانة . والمعتاد اجلاس المريض وقت القرع أو التسمع ، وكثيراً ما تساعد الممرضة المريض على الجلوس ، لهذا الغرض ، وهذا مما يجب اتقاؤه

قد يفوت الطبيب تشخيص الانسكاب من استعمال ابرة كالة لاتخترق البلورا الجدارية بل تدفعها أمامها ولا يظهر السائل على غير ما هى الحال اذا استعملت ابرة حادة للاستقصاء

وذات مرة التبس الطبيب فى تشخيص مريض بالالتهاب الرئوى، وظن أنهُ مصاب بأمبايما . فاستقصى الصدر بإبرة أعقبها تواً سعال دموى شديد فالموت بعد بضع دقائق

---

(١) Sears

و بتشريح الجثة وجد أن الإبرة لم تخترق الرئة الا مسافة قصيرة ولم تنل فى سيرها وعاء كبيراً . ولعل السعال الدموى وما نشأ عنه من عسر التنفس كانا مما قضى على المريض لأن الرجاء فى شفائه كان ممنوناً[١]

ولتعلم أن استخراج السائل بابرة الاستقصاء علامة قطعية على وجود السائل فى تجويف البلورا. على أنه قد يحسب خطأ الانسكاب التأمورى انسكاباً بلوريا فى تجويف البلورا الأيسر كما حدث مرة اذا أخرجت محقنة الاستقصاء السائل من التجويف التأمورى المتمدد من الانسكاب، على زعم أنه من التجويف البلوروى الأيسر . ومن عواقب استخراج السائل من تجويف البلورا الأزيما الرئوية الحادة . ولاتقاء هذه المضاعفة الخطرة يجب استخراج السائل ببطء بغير زيادة الضغط السلبى فى جهاز البزل . وباستخراج جزء من السائل لا كله ؛ فان أردنا استخراج السائل كله فالواجب أن يستبدل به هواء أو غاز

ويذكر سيرس[٢] كارثة غريبة قد تحدث أثناء استخراج السائل . ذلك أن جهاز البزل بطلمبة المص والكبس . والواجب أن يستعمل الطبيب فرع المص . على أن الطبيب قد يخطئ فيستعمل فرع الكبس فيدخل الهواء فى الصدر . وقد ذكر سيرس ست أحوال من هذا النوع شفى منها خمس أحوال وأما السادسة فحدثت فيها الوفاة مباشرة

الامبايما

التشخيص — لا بد أن يستعمل الجراح إبرة كبيرة اذا أراد التحقق من الصديد أو من موضعه . فان استعمل ابرة دقيقة فقد لا يمر فيها الصديد . وكثيراً ما أهملت الامبايما بسبب عدم الالتفات الى هذه المسألة لأنها عظيمة الشأن . على أنه من المحتمل أن يعمل الاستقصاء مراراً بابر مناسبة دون الوصول الى الصديد كما حدث فى رجل كبير السن عنده أعراض خراج داخل تجويف البلورا. ولما كانت الأعراض والعلامات مما يرجح وجود الصديد فقد استؤصل جزء من الضلع وكشف عن الامبايما ووجد فى

---

(١) مقطوعاً (٢) Sears

أسفل التجويف كتل عظيمة من الجلط . ولا نزاع فى أن هذه الجلط هى التى كانت تسد الإبرة فتحول دون خروج الصديد .

وقد يلتبس خراج الكبد بالامبايما اذا خرج الصديد من ابرة وضعت فى أسفل الصدر على ما يقول برى[1] . وقد يتكوّن خراج فى الكبد اذا وصلت ابرة الاستقصاء الى الكبد بعد اختراقها تجويف البلورا الملوث . وقد ذكر رولستون[2] حالة من هذا النوع

ويقال إن الإبرة قد تنال القلب والأوعية الكبيرة ، وهو مما يحتاج الى اثبات .

ولابد قبل الانتهاء من الكلام على الامبايما من ذكر ثلاث مسائل كثيراً ما يهملها الجراح ويكون عنها مسؤولاً . وأولى هذه المسائل هى اغفال الجراح الفحص عن الصدر بالأشعة فى أحوال الشك والريب

والثانية عدم الاستعانة بالطبيب المتوفر على[3] البكتيريولوجيا لمعرفة طبيعة الميكروب المعتدى وهى مسألة ذات شأن فعليها قد تبنى طريقة العلاج

والثالثة اغفاله الفحص عن الصدر فى الأحوال الحادة فى البطن . وكثيراً ما ظهر من التشريح بعد الوفاة وجود امبايما كبيرة فى الصدر ولم يشتبه فيها مطلقاً وكانت الوفاة عقب فتح البطن فتحاً استقصائياً

العـلاج

يحدث الموت الفجائى عن الأمبايما الكبيرة كما يحـدث عن الانسكاب البسيط ، وللسبب نفسه ؛ وهو مما يستدعى الاحتياطات التى ذكرت ، فلا بد ، قبل نقل المريض بمقدار كبير من السائل فى تجويف البلوار ، الى مستشفى أو دار للصحة ، أن يستخرج مقدار عظيم منهُ : ولاتقاء الغوص بالإبرة دفعتين يحسن أن تناسب إبرة المحقنة الاستقصائية مبسم جهاز البزل

---

(١) Berry (٢) Rolleston.

(٣) المتوفر على الشيء المنصرف بكل همته اليه وهو بمعنى الاختصاص

العمليـة

إن المعتاد فى علاج انسكابات البلوارا الملوثة هو التصفية بأنبوبة توضع فى الجدار الصدرى . ونحن الآن فى عصر يمكننا من التمييز بين الأحوال التى تناسبها هذه الطريقة والأحوال التى لا تناسبها. ويمكن القول ، باختصار ، أن العلاج بالتصفية يناسب أحوال الامبايما الموضعية ، وخاصة الأحوال التى يكون صديدها ثخيناً . ففيها لا يحدث الهبوط العظيم للرئة ، ولا تنتشر العدوى فى عامة البلورا

أما الامبايما العامة الحادة فلا تناسبها التصفية بالفتح لأنها تكون خطرة . فاذا لم يمت المريض سريعاً ، من الصدمة أو التوكسيميا ، فانهُ يعيش برئة هابطة ، وبتجويف متقيح فى الصدر ، جدرانه أقسى من أن تمحى منطبقاً بعضها على بعض . وأشد ما يكون الخطر من العلاج بهذه الطريقة اذا كانت الامبايما حادة ناشئة عن البذور السبحية [1] هذه الأحوال تنفعهـا كثيراً ، خصوصاً فى الأدوار الأولى ، البزل المتكرر ، والمص السيفونى الذى لا ينفذه الهواء ، والحقن المتكرر بمقادير كبيرة من مصل الاستربتوكوك [2] وقد نوفق ، فى المستقبل القريب ، الى التغلب على ما يمنعنا من علاج الامبايما الحادة العامة ، فى الدور الأول ، بالتصفية بالفتح ، علاجاً نافعاً .

ولنتكلم على تلك العوامل الخاصة التى تتغلب ، للآن ، على أغراضنا الجراحية . فنحن نعالج فيما نعالج تجمعاً من السائل فى تجويف حدّه الظاهر الجدار الصدرى ، وهو صلب غير مرن ، وحدّه الباطن الرئة نفسها ، وهى تميل ، بمرونتها الغريزية ، الى التباعد عن الجدار الصدرى لتزيد التجويف اتساعاً . ولنعلم أن الضغط الجوى يكفى ، فى الصدر السليم ، لإبقاء الملامسة بين طبقتي البلورا ، جملة واحدة ، ولمنع هبوط الرئة هبوطاً كاملاً مباشراً اذا فتح الصدر . ومع ذلك ففى الصدر السليم قد تنفصل الطبقتان انفصالاً قليلاً اذا بقى الصدر مفتوحاً . أما فى حالة انسكاب عظيم فالطبقتان منفصلتان ، فى مساحة كبيرة ، انفصالاً مَرَضياً ، وما كان من الطبقتين متلامساً فيما عدا مساحة الانسكاب

---

(١) Streptococcus.

(٢) Antistreptococcus serum.

يكون ملتهبًا غير طبعي . فهذا الاختلال فى التوازن لا تبقى معهُ قوة لمقاومة ما للرئة من القوة الانكماشية

فهذه الاعتبارات الى غيرها من امتصاص الهواء من الرئة فى حالة السكون ، مما يعلل كيف تهبط الرئة فى حالة الامبايما العظيمة ، وكيف أن السائل لا يتصفى تماماً ، خلال فتحة فى الجدار الصدرى الا بإحدى هذه الطرق ، وهى :

(١) سحب السائل إما بالبزل ، وإما بالمص السيفونى ؛ سحبًا يتغلب على ما للرئة من التوتر الانكماشى

(٢) زيادة الضغط فى باطن الرئة حتى يفوق التراجع الرئوى

(٣) استبدال الهواء أو شىء آخر بالسائل

وإليك الكلام مطولاً فى هذه الطرق :

(١) السحب بالبزل أو المص السيفونى – مضار السحب بالبزل هى تكرار البزل ، وصغر الابرة المجوفة التى تستعمل مما يجعلها عرضة للسد بقطع من الخثر أو الجلط. ويمكن سحب السائل بالمص السيفونى الذى لا ينفذه الهواء بأنبوبة واسعة بطريقة سهلة سريعة خفيفة بجهاز مانسون [1] الذى يستعمله لتصفية الخراج الكبدى

(٢) يقل الضغط فى باطن الرئة فى الشخص السليم ، فى أثناء الشهيق ، ولكن تختلف درجة الضغط السلبى كثيراً باختلاف سهولة دخول الهواء، خلال المسالك الهوائية الى الرئة ، ويزداد الضغط السلبى بأي انسداد فى المسالك الهوائية . فاذا كان عند الشخص فتحة فى الجدار الصدرى يضاف الضغط السلبى الشهيقى الى ما للرئة من المرونة الطبعية لاحداث التباعد ما بين طبقتى البلورا والهبوط الرئوى ، وهى مسألة عظيمة الشأن فى أثناء التخدير . ولهـذا السبب يلزم التحرز التام لمنع أى انسداد فى المسالك الهوائية فى أثناء عمليات الصدر. ولعل الطريق الصناعى خير الطرق لهذا الغرض

ولتعلم أن الحبال الصوتية ، فى الشخص السليم ، تتباعد ، فى أثناء الشهيق ، للسماح للهواء بالدخول غير معارض ، وتتقارب ، فى أثناء الزفير ليزداد الضغط الرئوى (فى

Manson (١)

باطن الرئة) . فزيادة الضغط الرئوى فى أثناء الزفير ، بهذه الطريقة ، تعوّض ما قد يعرض من هبوط الرئة، فى أثناء الشهيق عند وجود فتحة فى الجدار الصدرى. و يساعد هذه الطريقة السعال بقوته التمددية الدفعية . لكن المريض المصاب بانسكاب كبير ، عفن ، غير موضعى يكون غالبًا ، أضعف من أن يستطيع تقريب حباله الصوتية تقريبًا كافيًا للسعال أو لبقاء الضغط الضرورى فى الرئتين فى أثناء الزفير . وعلى ذلك تهبط تدريجًا الرئة المصابة ، ولا يمكن أن يتصفى ما فى الصدر من محتوياته العفنة ان لم يستبدل به هواء ، أو يستفرغ بوسائل صناعية تقوم مقام ما فقدته الطبيعة من الضغط

والرأى عندى ، من ملاحظاتى ، أن المريض الذى عملت له عملية التصفية بالفتح فى الجدار الصدرى ، للامبايما العامة ، والذى يكون أضعف من أن يسعل ، غالبًا ، ان هذا المريض لا بد أن ينحدر ، تدريجًا ، الى قبره . وربما أمكن التغلب على هذه الصعوبة ، باستعمال جهاز على الوجه، يسمح للهواء بالدخول بسهولة ، فى أثناء الشهيق و يعوق خروج الهواء لدرجة ما ، فى أثناء الزفير . وقد حاول هارولد باروز[1] الحصول على هذا الجهاز ، لكنهُ لم يوفق لأنه لم يستطع أن يعبر عما يريده تمامًا الى صانع الجهاز .

(٣) « سحب الانسكاب بطريقــة أن يستبدل بالسائل هواء أو غاز آخر فى الأحوال الآتية[2] :

١ – الانسكاب الدموى اذا كان عظيمًا

٢ – الامبايما اذا كانت درنية حقيقية

٣ – الانسكاب المصلى فى الأحوال الآتية :

(أ) اذا كان الانسكاب عظيمًا يصحبه زيغ فى الحجاب المنصف

(ب) اذا أحدث ضيقًا

(ج) اذا لم يمتص سريعًا

(د) اذا كان يتزايد

(هـ) اذا أردنا الحصول على صورة بالأشعة للصدر تكون واضحة

---

(١) Harold Burrows.

(٢) نقلا عن المجلة الاكلينيكية الصادرة بتاريخ ٩ يناير سنة ١٩٢٤

(و) اذا كان المريض مصاباً بحمى ووجد باسيل الدرن فى بصاقه ، وكان هناك اشتباه فى اصابة الرئة فى ناحية الانسكاب . ويحسن ، وقتئذ ، ابقاء الهواء فى تجويف الصدر

«ولسائل أن يسأل : لم يلزم سحب سائل الانسكاب ؟ ولاشك عندى أن الأفضل ترك أغلب الانسكابات المصلية وشأنها . وكثيراً ما يحدث ضرر من التعرض لها ، فاذا ما ظهرت دلالة مما ذكر وجب التدخل ، وذلك للاسباب الآتية :

١ – اذا أهمل الانسكاب العظيم زمناً طويلاً فكثيراً ما يفضى الى ضخامة البلورا ، وضعف فى تمدد الرئة ، وانبعاج فى الجدار الصدرى

٢ – وقد يعقب ذلك تغييرات ثانوية ، فيعترى الرئة التهاب ليفى ، وتمدد الشعب

٣ – قد لا يزول السائل و يبقى .

« وتفضل طريقة الاستبدال عن البزل الاعتيادى للأسباب الآتية :

اذا بزل تجويف البلورا بالطريقة الاعتيادية ، أخذ المريض فى السعال ، وشعر بضيق وألم فى صدره بعد استفراغ نحو لتر من السائل . فاذا استمر البزل نشأت أعراض أخرى أشد مثل النفث الدموى ، وعسر التنفس . وقد تحدث أزيما حادة فى الرئة . والمعتاد وقف البزل قبل كل ذلك ، أو انقطاع السائل من نفسه ، ولما يخرجْ من الصدر أكثر من نصفه .

«لمَ تحدث هذه الأعراض الرديئة ؟ لحدوث ضغط سلبى شديد فى تجويف البلورا والجدار الصدرى صلب غير مرن ، والرئة لا تستطيع أن تمدد تمدداً طبيعياً ، دفعة واحدة ، ولا يستطيع القلب والحجاب المنصف الرجوع لموضعهما الأصلى مباشرة . ومن الخطأ أن تعتقد أن الانسكاب فى تجويف البلورا يكون تحت ضغط ايجابى ، لأنه ليس كذلك . ففى كل شهيق تجذب الرئة ، فى الناحية السليمة ، الحجاب المنصف ، وهذا هو سبب زيغ القلب . أما فى أثناء الزفير ، وفى أثناء السعال ، فالضغط يصير ايجابياً

«فاذا شعر المريض ، فى أثناء البزل ، بألم أو ضيق فان دخول الهواء الى الصدر مما يخففه مباشرة

واليك مثالاً لتوضيح ما أقول :

أصيب شاب في التاسعة عشرة من عمره بالنزلة الوافدة . وفى بضعة أيام ظهر عنده التهاب شعبي رئوى ، وفى اليوم التاسع ظهرت عنده علامات انسكاب عظيم فى البلورا ، وبدا عليه المرض الشديد . ورأيت أن بالناحية اليسرى من الصدر أصمية شديدة ، وان القلب زاغ الى الجهـة اليمنى زيغاناً عظيماً ، وبالاستقصاء ظهر صديد بلون بنى مائل للحمرة ، وكان منظره فظيعاً مما دل على عدوى بالبذرة السبحية[1] الخبيثة جداً ولقد كان زيغـان القلب عظيماً مما دفعنى الى البزل ، حالاً ، رغم نشاط الالتهاب الرئوى . وقد استخرجت نحو لتر من الصديد ، واذا بالمريض يصيح متألماً، وقد علت وجهه زرقة فأوقفت البزل حالاً ، وفصلت الأنبوبة من القارورة ، ووضعت قطعة من القطن على فتحتها . فدخل الهواء خلال الأنبوبة ، الى تجويف البلورا ، وتحسنت الأعراض مباشرة . فاستخرجت لتراً آخر ، وأنا أسمح للهواء بالدخول من وقت الى آخر ، على نحو ما ذكر . ألا ترى أن دخول الهواء فى الصدر ، كان كالسحر تأثيراً فى ازالة الأعراض . إن الكتب الطبية لم تبين تماماً ما لزيادة الضغط السلبى فى تجويف البلورا من الألم .

أما فوائد طريقة الاستبدال فهي :

(١) عدم الحاجة الى قوة .

(٢) عدم احداث تغيرات فى الضغط فى تجويف البلورا

(٣) عدم تكليف الرئة شيئاً من المجهود لعدم احداث ضغط سلبى

(٤) عدم ظهور العوارض التى ترى فى الطرق الأخرى ؛ كعسر التنفس ، والألم والسعال ، والنفث الدموى ، وأزيما الرئة ، والموت الفجائى

(٥) هذا الى أن من الممكن استخراج جميع السائل ، بهذه الطريقة ، على غير ما هى الحال بالطرق الأخرى ، مما يمكن التحقق منه بالأشعة . فقد استخرجت بدفعة واحدة نحو ٤ لترات من السائل ، مستبدلاً به غاز الأكسجين ، وقد تمددت الرئة تماماً فى ثلاثة أسابيع

---

(١) Streptococcal infection.

ولعل هذه الطريقة مما يعجل بالشفاء ، ويحول دون تجمع السائل ، مرّة أخرى ، بعدم احداث ضغط سلبي شديد من جهة ، وبإدخال الاكسجين من الجهة الأخرى . وربما كان لهذه الطريقة، أيضاً ، الفائدة العلاجية التي تشاهد عقب فتح البطن وتعريضه للهواء ، في أحوال التدرن البريتوني . وكثيراً ما رأيت الانسكاب في تجويف البلورا يعود بعد بزله ، مراراً ، ثم ينقطع بعلاجه بهذه الطريقة ، وتتحسن صحة المريض .

ولتعلم أن الهواء أو الغاز الذي يدخل في تجويف البلورا يمتص سريعاً ، فتنجذب الرئة انجذاباً ثابتاً تدريجاً فتتمدد . ويمكنك ، أيضاً ابقاء الهواء في التجويف ، إن أردت

ومن المزايا سهولة الحصول على صورة بالأشعة مما يعرفك حالة المرض الذي في الرئة من ورم وخلافه

أما الاستبدال فيعمل بالطرق الآتية :

١ – الاستبدال الاتفاقي

٢ – الاستبدال الذاتي

٣ – الاستبدال بالتحكم بالمانومتر

فأما الاستبدال الاتفاقي فيحدث بدخول الهواء في الصدر خلال الابرة المجوفة ، لانزلاق الأنبوبة ، أو لتغيير القارورة . وهذه الطريقة ليست حميدة لتلوث التجويف بالهواء ، وان كان ذلك نادراً

وأما الطريقة الثالثة ، وهي طريقة الاستبدال بالتحكم بالمانومتر فطريقة مضاعفة لا تصلح للعمل بها

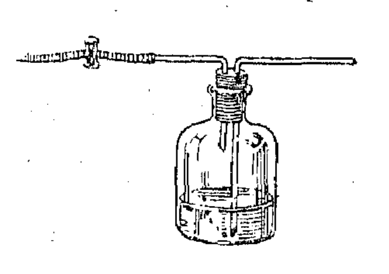
وأما الطريقة الثانية وهي طريقة الاستبدال الذاتي فهي الطريقة التي يمكن العمل بها في الأحوال الاعتيادية

ولقد جربت طرقاً كثيرة ، ارادة استعمال ابرة واحدة، ولعل الأفضل، للاستبدال الذاتي ، استعمال ابرتين

يعمل البزل في أدنى موضع ممكن من تجويف البلورا ، وتوضع ابرة قارورة الاستبدال الهوائي في موضع أعلى . وأفضل وضع للمريض هو الوضع الجلوسي منحنياً الى الأمام على وسادات . وبعد استخراج مقدار معين من السائل تفك ماسكة الأنبوبة ، فيدخل

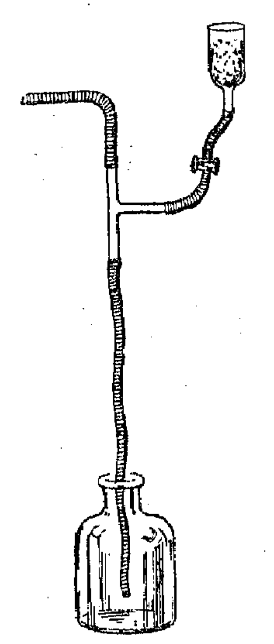
الهواء بفقاقيع فى القارورة ، ومنهـا الى تجويف البلورا . ثم يستأنف البزل ، فيدخل الهواء دخولاً ذاتياً حتى يستخرج السائل كله

وهناك طريقة لا تقتضى الاَّ إبرة واحدة وهى كما يأتى :



(شكل ٢)
قارورة فيها محلول فنيك بنسبة ٥ فى المائة ، وتخرج من فمها أنبوبتان زجاجيتان ، احداهما متصلة بانبوبة من المطاط وعليها ماسكة وتتصل بالابرة التى تدخل فى تجويف البلورا

يوصل بالابرة المجوفة البازلة أنبوبة طويلة تصل الى الأرض تقريباً . ويوضع بالقرب من طرفها العلوى انبوبة زجاجية على شكل T ويوصل بساق الانبوبة الزجاجية أنبوبة أخرى بماسكة ويثبت فى طرف الأنبوبة الأخيرة كأس زجاجية يوضع فيها قطن معقم . ثم نرسل الابرة المجوفة الى تجويف البلورا ، فيخرج السائل بقوة الجاذبية ، وبعد استخراج مقدار معين من السائل يكفى لتوليد ضغط سلبى عظيم نفك الماسكة ، فيدخل الهواء بعد تصفيته خلال القطن الذى فى الكأس ، الى الأنبوبة ، ومنها الى تجويف البلورا . وعيب هذه الطريقـة صعوبة استخراج المقدار الأخير من السائل (انظر شكل ٣)



(شكل ٣)

واذا أردت أن تدخل الأكسجين بدل الهواء فأبسط طريقة أن تملأ القارورة التى فى الشكل الثانى بالاكسجين ، قبل البدء فى العمل ، وأن تملأ قارورة أخرى بالغاز أيضاً وتوصل القارورتان بالأنبوبة فهذا مما يدخل مزيجاً غازياً معظمه من الاكسجين »

التصفية بالفتح

لا بدّ أن يسترشد الجراح ، فى اختيار موضع الشق ، بموضع الصديد . ولذلك يحسن الاستعانة بالمحقنة الاستقصائية قبل اجراء العملية لمعرفة حدود الصديد ولأخذ عينة منهُ وإرسالها للطبيب البكتيريولوجي . وليس يستطيع الجراح أن يعتمد الاعتماد كله على

موضع الصديد ، لأن عظم اللوح يغطى جزءاً كبيراً من الجدار الصدرى الخلفى ، ولأنهُ لايحسن أن نصفى الصديد خلال الابط أو بالقرب من زاوية الأضلاع ، اذا استطعنا غير ذلك . وخير موضع للتصفية أن تكون إما فى الجدار المقدم من الصدر من الضلع الثانية الى الضلع الخامسة ، اذا كان التجمع الصديدى فى مقـدم الصدر ، وإما فى الضلع الثامنة أو التاسعة فى الخط اللوحى أو فى الضلع الثامنة فى الخط الإبطى الوحشى اذا كان التجمع الصديدى فى خلف الصدر . واذا أردنا التصفية لسبب ما فى الخط المتوسط للابط فالفتحة لا تعمل أسفل الضلع الخامسة

وكثيراً ما يخطىء الجراح ، لسوء الحظ ، فى اختيار الموضع ، مدفوعاً بما توصى بهِ الكتب الجراحية والمجلات الطبية ، إذ توصى بعمل الفتحة فى اكثر المواضع انحداراً لسهولة التصفية . وقد وصى بعضهم باستئصال الضلع العاشرة للتصفية . ولست أدرى كيف يوصى القوم بذلك ، ولا شك عندى فى أن الجراح الذى يعمل برأيهم لا بد أن تصادفهُ نكبات

وإليك السبب فى عدم تجاوز الحد الأسفل الذى ذكرته :

لنحسب أن الجراح قد استأصل ، مثلاً ، جزءاً من الضلع التاسعة ، فى الخط الابطى الخلفى ، انهُ لا شك كاشف عن الكبد أو الطحال غالباً . والسبب واضح ، لأن الرئة لا تمتد الى الضلع التاسعة فى الخط الابطى الخلفى. هذا الى أن ورقتى البلورا الجدارية والحاجزية ، تكونان متلامستين فى هذا الموضع ، وكثيراً ما تلتصقان اذا عرض لهما الالتهاب . وعلى ذلك فقد يخترق الجراح الورقتين ، دون أن يعثر على التجويف الذى ينشده ، وقد يتمادى فيخترق الحجاب الحاجز أيضاً . وهو فى هذا الموضع أرق مما يتوهم البعض . واعتقد أن هذه الغلطة شائعة ، قياساً على ما سمعتهُ من زملائى. ويروى بعضهم أنهُ حضر تشريح جثتين كان سبب الوفاة فيهما الالتهاب البريتونى العام الناشىء عن هذه الغلطة . والأمثلة التى انتهت بالوفاة كثيرة . ويقول هارولد باروز معترفاً إنهُ من الذين وقعوا فى هذه الغلطة . ولا شك أن فى الاعتراف تخفيفاً لعذاب الضمير

ولنحسب أن الجراح قد فتح الامبايما بغير أن يؤذي الحجاب الحاجز ، فى هذا

الموضع الأدنى ، فانهُ لا يستطيع أن يصل الى غرضهِ من التصفية الجيدة لأن الحجاب الحاجز بملامسته الجدار الصدرى أعلى الفتحة يحجز الصديد هناك . وكثيراً ما دعيت لاستئصال جزء من ضلع فى مستو أعلى لتسهيل التصفية التى لم تتم بعملية سابقة

وكما أن الفتحة قد تعمل أسفل مما يلزم فقد تعمل أعلى مما يلزم أيضًا . فاذا كان المريض راقداً على جانبهِ السليم ، ويده المقابلة معلقة على حافة المنضدة ، أو مسنودة بمسند العضد ، يدور عظم اللوح قليلاً ، ويزاح جانبًا للكشف عن مساحة فى الجدار الصدرى يغطيها عظم اللوح ، والمريض مضجع فى سريره . وهذه المساحة التى كشف عنها عظم اللوح ليست مغطاة بعضلات كثيرة مما يغرى الجراح لعمل التصفية فى هذا الموضع . فاذا عاد عظم اللوح الى موضعهِ الأصلى تعرض للفتحة ، وتولى المريض الضجر لأنهُ يتألم كلما وضع ذراعه فى موضع راحتها

أما الحدود الخلفية التى تؤمن فيها تصفية الامبايما فتتوقف على الطريقة. فاذا عملت التصفية السيفونية بجهاز مانسون لخراج الكبد فلا بدّ من اختيار موضع تكون فيهِ الأضلاع منفصلة انفصالاً يسمح بمرور أنبوبة الآلة البازلة . ويكون هذا الموضع أمام الخط الابطى الوحشى لا خلفه ، وان اختلفت الصدور

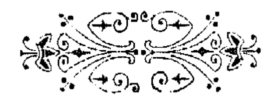
واذا أردنا عمل شق بسيط بدلا من استئصال جزء من ضلع ازداد شأن موضع الاختيار . واياك أن تعمل هذا الشق خلف زاوية اللوح . والسبب فى هذه القاعدة وجود الشريان الذى يتفرع منـــه الشريان بين الأضلاع بالقرب من زاوية الضلع ، ويذهب الى الأسفل والأمام ويعبر المسافة ما بين الأضلاع منحرفًا . والوعاء كبير الحجم يجوز أن يصاب بالشق بين الأضلاع اذا كان الوضع فى غير محله أى اذا كان فى الخلف البعيد . واذا قطع الشريان فليس يقتصر الضرر على صعوبة ضبطه بل الضرر كل الضرر فى التغاضى عنهُ لحدوث النزف داخل تجويف البلورا . ويقول جيمس برى[1] إنهُ رأى حالة نزف داخل تجويف البلورا من شق صغير خلال المسافة ما بين الأضلاع ولم يعرف الجراح ما حدث حتى وصل المريض الى المشرحة

---

(١) James Berry.

لهذا يتحسر الجراح على محاولته علاج الامبايما بالشق البسيط . هذا الى أن التصفية بهذا الشق البسيط لا تفى بالمرام لضيق المسافة . واتعلم أن من السهل استئصال جزء من الضلع بالمخدر الموضعى ، بغير نقل المريض من سريره ، اذا كان فى نقله شىء من الضرر ، لأنى لا أرى للجراح عذراً لمعالجته الامبايما بالشق فيما بين الأضلاع إلاّ لشدة المرض ، وما هى بعذر

واذا اعتزمنا على استئصال جزء من الضلع أمكن توصيل الشق ، من الخلف ، الى الزاوية الضلعية . وأزعم أن اصابة الشريان بين الأضلاع فى هذا الموضع أقرب منها اذا عملت العملية أقرب الى الأمام . وعلى أى حال فليست المضاعفة مما يصعب علاجها بل ليست مما يقرب حدوثها اذا عنى الجراح عناية تامة فى أثناء نزع السمحاق من الضلع



الفصل التاسع

الثدى

سرطان الثدى

قد يصعب على الجراح التحقق من تشخيص سرطان الثدى . فاذا ذهبت الى الجراح مريضة بورم فى ثديها لاستشارته ، وكان هذا الورم بالعلامات الإكلينيكية للسرطان ، فماذا عسى أن يقول الجراح . أينصحها بقبول عملية الإستئصال الكامل للثدى على فرض أن العلامات الاكلينيكية كافية للتحقق ، أم يشير عليها باستئصال الورم فقط واعناته الفحص ، حتى اذا ما ظهر أنه خبيث استدرجها لعملية الاستئصال الكامل ، أم يترك الحكم النهائى حتى يعمل شقًا استقصائيًا فيستخرج قطعة من الورم يفحص عنها طبيب باتولوجي يحضر لهذا الغرض ؟

فأما الرأى الأخير وهو الشق الاستقصائى واستخراج قطعة يفحص عنها واذا اتضح أن الورم خبيث عمد الجراح الى عملية الاستئصال الكامل فطريقة وخيمة العاقبة يقوم عليها اعتراض وجيه . ذلك لأن شق السرطان بهذا الشكل مما يدعو الى تفرق بعض الخلايا السرطانية فى نواحي الجرح حيث تنبت وتتكاثر فينتشر السرطان انتشاراً سريعًا

وأما الرأى الثانى وهو استئصال الورم نفسه، ثم الفحص عنه ، ثم استئصال الثدى استئصالاً كاملاً بعد التحام جرح العملية التمهيدية اذا اتضح بالفحص أنه خبيث فطريقة تبعدنا عن مسؤولية الخطأ فى التشخيص ؛ على أن لها عيوبًا . من هذه العيوب أن المريضة تخضع لعمليتين ، وتتحمل النفقات دفعتين ، وقد تتراخى عن العملية الثانية صابرة لحكم المستقبل . و بالرغم من ذلك فهى الطريقة الواجب اتباعها اذا لم تكن علامات الخبث ظاهرة . ولتعلم أن كل ورم فى الثدى إما أن يكون سرطانًا أو يتحول الى موضع سرطان فى المستقبل . ولذلك يلزم استئصاله والفحص عنه . واياك أن تهمله كيفما كان بسيطًا .

وأما الرأى الثالث وهو الاستئصال الكامل مباشرة فالطريقة التى يجب اتباعها اذا كانت علامات الخبث ظاهرة لا تحتاج الى تحقيق بالمجهر . ومن مزايا هذه الطريقة عدم شق الورم أو شق الأنسجة ، قريباً منه لما فى ذلك من ضرر الانتشار . واتباع هذه الطريقة لا يخلو من ضرر الخطأ أحياناً ، لكنه نادر لا يقاس عليه . فقد استأصل جراح الثدى استئصالاً كاملاً معتقداً أن الورم سرطان لوجوده أسفل الحلمة وكان صلباً مصحوباً بتقلص فيها ومضاعفاً بضخامة فى الغدد اللمفاوية فى الابط . واتضح بعد ذلك أنه لم يكن الاّ خراجاً مزمناً . واستأصل جراح آخر الثدى كاملا معتقداً أن الورم سرطان ولم يكن الاّ ورماً صمغياً . حقيقة إن الخطأ هنا لا يكلف المريضة حياتها ؛ لكنه يكلفها ثديها لسوء حظها ، وهو مما يذكره الجراح متألماً طول حياته

والخلاصة أن الطريق وعر أمام الجراح وسيبقى كذلك الى أن يهتدى الطب الى طريقة جديدة لتمييز السرطان بالمصل أو خلافه . وعليه أن يجتزئ الآن بالتثبت بخبرته . فاذا عملت العملية كان من الضرورى استئصال مساحة كبيرة من الجلد يكون فى متوسطها الورم و يستأصل الورم ، والمواد الدهنية التى تكتنفه والجزء القصى من العضلة العظمية الصدرية ، والصغيرة الصدرية ، والمنسوج الدهنى واللمفاوى فى الابط وكل ذلك يستأصل صبرة لا ارباً ارباً

ومثل هذا الاستئصال لا شك تتبعه الصدمة التى يلزم لاتقائها أن تعمل العملية بأسرع ما يمكن ، فلا يعمل الجراح شقين حيث يكفى شق واحد

ولتعلم أن اتقاءك الأعصاب تحت اللوح يضيع عليك وقتاً ثميناً الى أنه يحول دون تنظيف الموضع جيداً . وقلما يحتاج الجراح الى التشريح الدقيق بعناية الاّ فى أثناء تنظيف الأوعية والأعصاب الابطية . واياك أن تقطع فروع الوريد الابطى عند اتصالها بالوريد لأن ذلك يقتضى أربطة جانبية أو خياطة جدار الوريد . فأما الأربطة الجانبية فغير مأمونة ، وأما خياطة جدار الوريد فتقتضى زمناً طويلاً المريضة فى حاجة اليه . وأهم من ذلك عدم جرح الشريان الأبطى .

وعليك ، قبل خياطة الجلد ، عمل فتحة فى الجزء المنحدر من التجويف لوضع

أنبوبة تصفية خشية من حدوث تجمع دموي يعطل التحام الجرح ويعرض للتلوث . وربما كوّن كيساً دموياً . ويمكن رفع الأنبوبة بعد العملية بأربع وعشرين ساعة

وقد حدثت لبعض الجراحين مضاعفة غريبة عقب احدى عملياته ، وهى الامفزيما الجراحية . ولم يتولد عنها ضرر . ونشأت عن توتر فى الجلد الذى ضمت حافاته بصعوبة ويعتقد هذا الجراح ان حركات التنفس ربما ساعدت فى امتصاص الهواء فى الجرح

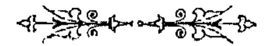
التهاب الثدى الكيسى المزمن

من الشائع فى عملية استئصال الثدى للالتهاب الكيسى المزمن ترك الحلمة . وهذا خطأ ولا تحسّن الحلمة المنظر بعد العملية. هذا الى أنها قد لا تكون سليمة من هذا المرض

سيدة عمرها ٣٤ سنة اعتراها التهاب الثدى الكيسى المزمن وكان الالتهاب شديداً فاستؤصل ثديها الأيسر ، وأبقيت الحلمة . وبعد العملية بأربعة عشر شهراً عادت بورم أسفل الحلمة مباشرة فعملت لها عملية أخرى لاستئصال الحلمة والورم ، وأرسلا للباتولوجي للفحص عنهما . وكان تقريره ما يأتى :

« الورم أدينوم . المنسوج الليفى زائد ، والقنوات متمدده كيسية الشكل . وليس هناك علامات للخبث »

فواضح أن المنسوج الذى ترك في العملية الأولى كان خطرا لانه كان مما ينذر بالسرطان



الفصل العاشر

التشخيص فى مرض البطن الحاد

إن التشخيص فى مرض البطن الحاد موضوع طويل لا يمكن استيفاؤه فى فصل واحد ، وهو أقرب المواضع الى الخطأ فى الجراحة . فكل ما يقال فيه فى محله وإن لم يكن وافياً .

ويمكن القول بأن أكثر الخطأ من أحد السببين : شدة الابطاء أو شدة الاسراع . ولا ريب أن التدخل فى الوقت المناسب أفضل شىء فى مرض البطن الحاد وغيره . ولتعلم أنه كلما أسرع الجراح فى اجراء العملية فى الآفة الفجائية التى تحدث التهاباً بريتونياً أو نزفاً داخل تجويف البريتون ، أو انسداداً معوياً كان حظ المريض من الشفاء أعظم على شرط أن يكون قد أفاق من صدمته الأولية . ولقد أطنب الجراحون فى ذلك فى كتبهم حتى كاد يكون ذلك من الأوليات . على أن ذلك لم يمنع ما يشاهد أحياناً من التأخر الخطر ، بل المميت ، تأخيراً يمكن ملافاته . فقد نرى كثيراً مرضى بمرض حاد فى البطن بنتيجة مميتة لأن الجراح لم يطلب الا متأخراً .

ونشاهد أيضاً هذه النتائج المؤلمة من طريقة الانتظار والمراقبة مع استعمال المركبات الأفيونية التى قد يتبعها الجراح اذا دعى ، وهو تعب ، لعلاج مريض بحالة حادة فى بطنه لأنه لا يستطيع التحقق من المرض لتعبه ، ولا يجرؤ على ارسال مريضه حالاً لأحد المستشفيات لما فى ذلك من ازعاج ذويه . فتراه وقتئذ يعمد الى اعطائه مسكناً لتخفيف الحالة ليلاً رجاء أن يعوده فى الصباح للبت فى أمره .

وأنت أيها الجراح لا تلم أخاك الجراح لأنك أدرى بمركزه الحرج وحيرته فى الأحوال التى لا تكون واضحة ظاهرة على شرط أن يكون بذل جهده وعمل أقصى ما فى وسعه . ولتعلم أن العمل صعب والنقد سهل

وعلى الأطباء المقيمين فى المستشفيات وجراحيها ألا يسخروا من الطبيب الذى قد

يرسل الى المستشفى مريضًا اعتقد أنه مصاب بحالة حادة فى البطن، ثم اتضح للقوم فى المستشفى أنه ليس بحاجة الى عملية . فهذه الحوادث لا بد أن تحدث اذا كان على الطبيب أن يرسل للمستشفى كل من اشتبه فى حالته وهو فى الدور الأول المناسب للعملية . ومن الواجب أن يعتمد مثل هذا الطبيب على وَلاء أطباء المستشفى واخلاصهم وتعاونهم معه فى العمل .

واذا عرفت أن خطأ الطبيب العام هو الابطاء غير الضرورى فاتعلم ان خطأ الجراح هو شدة الاسراع . لأنه حينما يدعى لعلاج مرض حاد فى البطن تراه متأثراً من أعراض البطن مهملاً الفحص عن مريضه بالتفصيل لاستجلاء مرضه واكتشافه وكثيراً ما يقع فى التشخيص على الأثر .

قد فتح بعض الجراحين البطن فى المغص الرصاصى ، والسم البولى ، والأتاكسيا فى الحركة، وخراج المخ ، وحموضة الدم ، وفقر الدم الشديد . نعم قد فتح البطن، فى كل هذه الأحوال خطأً ، على زعم أن المرض فى البطن . وفتح البطن أيضًا فى نخر العمود الفقرى ، وأورامه ، وأورام الحبل الشوكى، وانيوروزم الأبهر ، وفى بعض آفات الكلية ، والجهاز البولى التناسلى . وإن تعجب من ذلك فعجب فتح البطن لمرض الأحشاء الصدرية كالالتهاب الرئوى ، والالتهاب البلوروى ، والامبايما ، والانسكاب الهوائى فى الصدر ، والالتهاب التأمورى ، الى غير ذلك مما يحدث ألمًا فى البطن ، وارتفاعًا فى الحرارة ، وانحرافًا عظيمًا فى الصحة، ويبسًا فى البطن مع القىء . أمام مثل هذه الأعراض قد يعمد الجراح النشيط الى مشراطه بغير أن يبدو عليه شىء من التردد الواجب وبغير أن يُظهر شيئًا من الاحتياط الضرورى . والعجب العاجب فشله ، بعد فتح البطن ، فى الوصول الى التشخيص الحقيقى . وكثيراً ما كشف التشريح بعد الوفاة عن حقيقة المرض للطبيب ، وإن شئت فقل عيبه ، ولا تبال، فالكمال لله وحده . ولتعلم أن العيب كل العيب هو عدم فحصك عن المريض فحصًا دقيقًا كاملاً. ولتذكر أيها الجراح أن الجزء السفلى من الصدر لا يثبت إلا بيبس العضلات البطنية . ولتذكر أن الألم قد ينعكس فى البطن اذا كان المرض فى مواضع أخرى . ولتذكر أن القىء عرض متغير

ينشأ عن أسباب كثيرة مختلفة ؛ وانه هو نفسه قد يحدث ألمًا فى البطن ومضاضة . والواجب يقضى ألا يقصر الجراح همه على الأعراض البطنية المفروضة فقط . وألا يقتصر فحصه عن البطن بل يلزم أن يفحص عن المريض كله فحصًا دقيقًا كاملاً

ولهذه الأغلاط فى التشخيص أسباب . منها شدة الاسراع ، ومنها العادات الاكلينيكية الغافلة ، ومنها الميل والانحراف . فقد ينصرف الجراح بكل فكره لاضطراب البطن ، ويغفل الفحص عن المريض فحصًا تامًا . فينسى ، مثلاً ، الفحص عن البول ، والفحص عن الصدر ، والعمود الفقارى ، والمجموع العصبى ، ولا يقيم وزنًا لما يذكره المريض من نوبات الصداع الشديد ، والاغماء ، الى غير ذلك من الأوجاع المختلفة . ولا تكون النتيجة إلاّ الضلال فى التشخيص .

وقد يخطئ الجراح فى التشخيص اذا عول على أعراض فردية . فكما أن المسافر لا يمكن أن يهتدى الى طريقه بمنارة واحدة فكذلك الجراح لا يهتدى الى المرض بعرض واحد . وعلى الجراح ألا يستنتج من العرض اكثر مما يدل . فقد يقول البعض إن فقدان الأصمية الكبدية دليل على وجود اصابة نافذة فى الامعاء . ويقول البعض الآخر إنه استفاد من خبرته عدم التعويل على هذه العلامة . والصواب أن لهذه العلامة شأنًا عظيمًا فى التشخيص اذا وجدت مع علامات أخرى ، واستنتج الجراح رأيه فى التشخيص من مجموع الأعراض والعلامات . أتستطيع أن تتعرف صديقك من عينه ، أو أذنه ، أو أنفه ؟ كلا ثم كلا . وكذلك أنت أيها الجراح لا تستطيع أن تعرف المرض من علامة واحدة أو عرض واحد .

على الجراح أن يتحرى جميع الأعراض والعلامات وينظر اليها جملة واحدة ليكوّن رأيه باذلاً جهده فى الجمع بين شتيت الأعراض ومختلف العلامات بغير أن يترك عرضًا أو علامة قد يكون لها شأن يذكر

واليك أهم الأعراض فى الاضطرابات البطنية الحادة مع ما يمكن أن يلازمها من الأوهام والأغلاط المعينة :

القىء

القىء عرض يلازم أمراضاً كثيرة مختلفة الأسباب . ولا يكفى وحده دليلاً على مرض البطن . فاذا علمت بحدوث القىء فعليك أن تطلب رؤية مواد القىء لتتعرف مقداره وطبيعته ، وان تتحرى زمن حدوثه لتعرف أهو يحدث فى أثناء الطعام أم عقبه مباشرة أم والمريض وحده ؛ لما لكل ذلك من الشأن

دعى أحد الجراحين للفحص عن مريضة لعمل عملية وصل المعدة بالمعى ؛ لأنه كان يعتريها القىء بنوبات متكررة ، وهذه النوبات زادت أخيراً ، شدة وكثرة . فلاحظ الجراح أنها كانت بكماء ، ولم يأخذها هزال ، وأن من خواص القىء عندها حدوثه مع دوار ودوى فى الأذن . ألا ترى أنها كانت مصابة بمرض مانيير ؟

وأحياناً يحدث بعض المرضى القىء من تلقاء أنفسهم لازعاج من حولهم أو لكسب عطفهم

ادعت سيدة أنها تقىء دماً ، وقالت إن طبيباً عظيماً أشار عليها بعملية فى المعدة . وظهر ، أخيراً ، ما استوجب الشك فى دعواها . فأرسلت الى أحد المستشفيات حيث اتضح أمران :

أولهما أن القىء لم يكن إلاّ ملوثاً بالدم بحالة لا يظن معها أنه من المعدة .

وثانيهما أن القىء لا يحدث إلاّ وهى وحدها . أى أن القىء لم يكن يحدث إلاّ بمجهودها وأنه غير ناشئ عن آفة فى المعدة أو فى أعضاء البطن الأخرى .

ويمكنك بالفحص عن القىء أن تستدل على سببه . ففى الالتهاب البريتونى الحاد يتكرر القىء ، وتتخذ مواده ، بعد بضع مرات ، شكلاً صفراوياً ، ويبقى كذلك الى أن يصير برازياً فى الدور الأخير . أما فى الانسداد المعدى فالقىء برازى ؛ إلاّ أن يكون الانسداد عالياً فى المعى الدقيق . هذا إلى أنه ، فى الانسداد ، أغزر منه فى الالتهاب البريتونى . ولا ريب أن هذه المعلومات كلها قد لا يستفيدها الجراح إلاّ برؤيته القىء بنفسه

الألم

إن الألم عرض مهم فى المرض البطنى الحاد . ولا يكون الألم دليلاً على المرض البطنى إلاّ إذا رافقته أعراض أخرى ، لأنه هو وحده قليل الشأن من الوجهة التشخيصية . فالألم فى البطن قد يكون سببه خارج البطن . هذا الى أن بعض أحوال الالتهاب البريتونى قد تخلو من الألم . ولعل اعتماد بعض الجراحين كثيراً على الألم المعدى والقىء هو السبب فى فتحهم ، بغير مبرر ، البطن لعلاج الأعراض الناشئة عن الأتاكسيا الحركية والسم الرصاصى ، والامبايما ، والالتهاب التأمورى . فليحذر الجراح من التأثر ببعض أعراض معينة مجتزئاً بها عن الفحص عن المريض فحصاً كاملاً . ومن اهتمامك بالألم معرفتك طبيعته بالاستفهام عن منشأ الألم ، وعن الموضع الذى هو فيه أشد ساعة الفحص ، وعن شدته ، وهل يظهر ثم يغيب . كذلك يلزم أن تسأل هل سبق المريض هذا الألم ، وهل لظهوره علاقة بوقت الطعام

استشار مريض جراحاً متوفراً على جراحة البطن لعسر شديد فى الهضم . فلما سأله الجراح عن وقت حدوث الألم ، أجاب المريض أنه يحدث غالباً وقت صعود السلم واتضح أنه مصاب بمرض فى صمام الأورطى مصحوب بذبحة صدرية .

المضاضة

مضاضة البطن أنفع غالباً للجراح من الألم ولا سيما لتحديد موضع المرض فى البطن على أن من الضرورى التمييز بين المضاضة الناشئة عن التهاب تحت الجلد وبين المضاضة الناشئة عن أسباب عضلية عصبية . ويتم ذلك بالمقابلة بين ما يظهره المريض من التألم بالضغط وهو موجه فكره لمرضه ، وبين ما يظهره وقد ألهاه الجراح بمحاورته . وكثيراً ما ترى أنك مضطر لخصم حطيطة كبيرة من أقوال المرضى ولا سيما السيدات منهم ، قبل قبولك العمل بها . وهناك شىء جدير بالملاحظة . وهو أن القىء نفسه كثيراً ما ما يحدث مضاضة فى البطن أكثر ما تكون فى القسم الشراسيفى .

والمراد بالمضاضة البطنية الضغط اللين الغائر باليد وهى دفئه تمييزاً لها من المضاضة السطحية التى هى زيادة فى إحساس الجلد .

يبس البطن

لا يحتاج هذا الموضوع الاّ الى قليل من الملاحظات واليكها :

(١) يلزم أن تكون الأيدى دفئة لجس البطن لأنك لا تستطيع تعرف حالة العضلات البطنية إذا كانت الأيدى باردة

(٢) يحتاج الجراح الى معرفة الموضع الذى يكون فيه اليبس أكثر ليستدل على موضع المرض .

قد يصعب على بعض الرجال إرخاء عضلات البطن ولا سيما من كانت عضلاتهم قوية . وللتغلب على هذه الصعوبة يلزم ثنى الساقين على الفخذين ، والفخذين على البطن ، وسند الكتفين ، وأمر المريض بالتنهد. ولا تنس أن يبس عضلات البطن قد يكون علامة على مرض الصدر ؛ وهو وقتئذ مجهود منعكس لتثبيت الجزء السفلى من جدار الصدر . وهى مسألة قلما تلاحظ

الامساك

ان خمود الحركة الديدانية المعوية من أعراض المرض البطنى الحاد ، وهو من عمل الطبيعة لضمان راحة الأنسجة المأوفة . على ان هذا العرض غير مطرد فالالتهاب الحاد للزائدة الدودية ، مثلاً ، قد يطرأ والمريض عنده اسهال . وعلى ذلك لا يكون عدم الامساك دليلاً على عدم وجود آفة التهابية فى البطن

وللامساك خطر فى أحوال المرض البطنى الحاد سواء أكان المرض مصحوباً بالتهاب بريتونى أم بانسداد معوى. هذا الى أن الامساك نفسه قد يحدث أعراضاً بطنية شديدة قد تدعونا الى اعطاء المريض مسهلاً لكى نتحقق من أن الامساك ليس سبب الأعراض. فجرعة زيت الخروع اذا أعطيت المريض بالتهاب فى الزائدة الدودية أو بانسداد معوى قد تحدث ضرراً عظيماً . وما أكثر من ماتوا ضحية بدء العلاج بمسهل فى مثل هذه الأحوال ؛ لأن تأثير زيت الخروع فى الزائدة الدودية الملتهبة هو كتأثير تحريك المفصل الملتهب التهاباً حاداً . فان استحسنت اطلاق البطن فلتعتمد على الحقنة الشرجية فقط

وما من سبيل لاتقاء خطر الالتباس فى الامساك وعواقبه وحسبه آفة شديدة ليس من السهل علاجها

فقد استشار أحد المحامين جراحًا فى وجيعته. وفى أثناء المحاورة أظهر المحامى شيئًا من عدم الثقة بالأطباء فراجعهُ الجراح فى ذلك، فقصّ عليهِ القصة الآتية:

« شكت أختى، ذات يوم، من ألم فى المعدة، فاستدعيت طبيبًا لها. ففحص عن مرضها وهزَّ رأسه قائلاً انهُ لم يتحقق المرض ويحتاج الى رأى آخر. فأجبته الى طلبه، وأحضر معهُ الطبيب. وبعد أن فحصا عن أختى معًا عبسا فى وجهى وطلبا رأيًا ثالثًا. وقد حضر الثلاثة عصر اليوم. فاشتدّ قلقهم جميعًا وقالوا لى إن العملية ضرورية. وسيعودون جميعًا فى المساء لابداء رأيهم النهائى. وبعد خروجهم زارتنا ممرضة تجمعنا واياها رابطة المعرفة والصداقة. ولقدكان أول قولها: أعملَ لها حقنة شرجية؟ ولما كان الجواب سلبًا اقترحت عملها، وعملتها هى نفسها. وكان التأثير جميلاً؛ لأن أختى تحسنت مباشرة. فلم لم يفكر الأطباء الثلاثة فى الحقنة الشرجية؟ »

وليس مغزى هذه الحكاية الحط من شأن أفضل مهنة وأشرف صناعة. بل المغزى هو توضيح فائدة الحقنة الشرجية

النبض البريتونى

يحس النبض البريتونى فى أحوال الالتهاب البريتونى. وخواصه السرعة، والدقة، وزيادة الضغط. يشاهد هذا النبض فى الدور المتوسط للالتهاب البريتونى أى قبل انحطاط المريض. فان لم تجد هذا النبض فى الأحوال التى تزعم أنها التهاب بريتونى فلتتريث فى التشخيص. ولتعلم أن النبض البريتونى قد لا يطرد فى جميع أحوال المرض البطنى الحاد. ففى الأدوار الأولى من انثقاب القرحة العفجية [1]، أى بعد ساعتين من الانثقاب قد لا يتجاوز النبض الثمانين أو التسعين، ولا يكون سريعًا، دقيقًا زائد الضغط. هذا الى أن استعمال بعض العقاقير كالغول والمورفين قد تمحو خواص النبض البريتونى. وعلى ذلك فوجود النبض البريتونى وامّحاؤه مما يستدعى التعرف والتحرى

(١) نسبة الى العفج أى الاثنى عشرى

واليك حادثة مفيدة تدل على خداع العلامات الطبيعية :

سيدة عملت لها عملية الزائدة الدودية . وبعد قليل جس الجراح نبضها فوجده سريعًا سرعة شديدة فروّع ، معتقداً بطارىء فى البطن مما دعاه الى فتحه ، لكنه لم يجد شيئًا . وأخيراً اتضح أن السيدة معتاد عندها حدوث نوبات زيادة فى سرعة النبض وكانت السرعة التى جسها الجراح احدى هذه النوبات

ارتفاع الحرارة

أما مسألة ارتفاع الحرارة فغير عظيمة الشأن إلاَّ أن تكون مصحوبة باعراض أخرى . وليس ارتفاع الحرارة دليلاً أكيداً على الالتهاب البريتونى فى حالة الشك ؛ لأن هذا الارتفاع قد ينشأ عن أسباب أخرى . هذا الى أن الالتهاب البريتونى قد يشاهد بغير ارتفاع فى الحرارة ولا سيما فى الأدوار الأخيرة ، أو اذا نقل المريض من مكان الى آخر . وليس من النادر مشاهدتك المريض بالالتهاب البريتونى الشديد ساعة حضوره الى المستشفى بانخفاض فى الحرارة . أما فى الأدوار الأولى فقد تكون الحرارة طبيعية أو مرتفعة قليلاً

سرعة التنفس

قد تقدم القول بأن من المحتمل أن ننسب الى البطن الأعراض الناشئة عن أمراض الصدر . وليس من النادر نقيض ذلك ؛ أي أن ننسب إلى الصدر الأعراض الناشئة عن أمراض البطن . ومن بواعث هذا الخطأ سرعة التنفس التى تشاهد أحيانًا فى أحوال الالتهاب البطنى ، ولا سيما إذا كان الالتهاب فى الجزء العلوى من التجويف البريتونى، كأن يكون مثلاً فى المرارة ، فيقتضى ذلك تثبيت الحجاب الحاجز والجزء السفلى من الصدر ، وهذا مما يقلل الهواء الداخل إلى الصدر مما يزيد سرعة التنفس . هذا إلى أن سرعة التنفس قد تزداد بتأثير الحمى التى تكون موجودة .

وليس هذا الخطأ وهميًا ؛ فقد يقع الطبيب الحاذق فى حيرة لعدم اهتدائهِ الى المرض

المزعوم فى الصدر بينما تكون الأعراض ناشئة عن خراج تحت الحجاب الحاجز. والتعلم أن سرعة التنفس ليست بالعرض الوحيد الذى ينسبهُ الطبيب إلى مرض الصدر بل هناك عرض آخر وهو ضعف التنفس فى قاعدة الرئتين من نقص الهواء الداخل فى القاعدتين ، ولا سيما اذا رافق ذلك هبوط فى المنسوج الرئوى

وليس بدعا صعوبة التمييز بين أمراض الصدر والبطن فالتجويف الصدرى والتجويف البطنى فى الجنين قسمان لتجويف واحد . وإن يكن التجويفان منفصلين من الوجهة التشريحية فى الكبر فهما باتولوجيا متصلان . ويتضح هذا الاتصال من تعاقب امراض البلورا والبريتون . فمن كان عنده حالة عفنة فى البطن فقد يصاب بالتهاب فى البلورا أو بالامبايما

وقد حدث ذلك كثيراً اثناء الحرب العظمى اذ كان المصاب بجرح نارى فى البطن والذى عملت له العملية بنجاح يشاهد مصاباً بحالة عفنة فى البلورا

وليس نادراً امتداد العفونة من البلورا الى البريتون

ويروى بعضهم حادثة جديرة بالذكر لما فيها من اصابة الصدر والبطن معاً ، وهى :

« بينما كنت فى حملة فى أفريقيا الجنوبية الغربية الألمانية دخل مصاب فى المستشفى كان يشكو بألم شديد فى بطنه ، مدة أربعة أيام . وقبل قبوله فى المستشفى بأربع عشرة ساعة كان الألم حاداً جداً . كان عنده قىء وإمساك لكن لم يكن عنده انسداد معوى . وكانت حرارته ٩٦ بدرجة فارنهيت . وكان النبض ٨٠ . والألم فى القسم المراقى الأيمن . وأصمية الكبد فى منطقة لا تتجاوز القيراطين فى محاذاة الحافة الضلعية ، لا أعلاها . والناحية اليمنى من الصدر طبلية بالقرع من الحافة السفلى للضلع الثانية الى حافة الأضلاع . ولم تسمع أصوات التنفس فى هذه المسافة . ولم يمكن تعيين ضربات القلب فى القمة

« فترددت فى اجراء العملية مباشرة للأعراض البطنية بسبب العلامات الرئوية . ولم أستطع التحقق من الاصابة الأصلية الحادة أهى فى الصدر أم فى البطن

« وقد اتضح أخيراً أن المريض مصاب بانثقاب قرحة معدية داخل كيس فتق كبير فى الحجاب الحاجز »

لا شك ان هذه حالة نادرة يكاد يكون تشخيصها قبل العملية مستحيلاً . لكنها مثال على اتفاق المرض فى الصدر والبطن فى وقت واحـد . والغلط المتكرر أكثر ما يكون اذا نال جرح كلا التجويفين أو اذا امتد المرض من تجويف الى الآخر

الأصمية المتحركة فى الخاصرة

تدل الأصمية فى الخاصرة التى تحدث مكانها رنانية بادارة المريض على الناحية الأخرى على سائل فى تجويف البطن غير متكيس . ويمكن كشف السائل بهذه الطريقة قبل أن يكون غزيراً واضحًا بالارتعاش القرعى . لكن لا بدّ من الحذر وقت الاستنتاج، لأن الأصمية المتحركة فى الخاصرة قد تشاهد غالبًا كحالة طبعية . لأن الانسان اذا رقد على ظهره علت المحتويات الغازية التى فى امعائه ورسبت المحتويات التى تكون أكثر رزانة فاذا غير موضعهُ تغير موضع المحتويات خفة وثقلاً علواً وسفلا . ولتعلم أن هذه الأصمية المتحركة الطبعية أقل وضوحًا وأقل مساحة منها اذا كانت عن سائل فى البطن

امحاء أصمية الـكبد

امحاء أصمية الكبد من الأمام ، والمريض راقد على ظهره علامة نهائية تقريبًا على انثقاب القناة المعوية . ولكى تكون هذه العلامة بهذه القيمة النهائية لا بد من ظروف معينة . أولها طريقة القرع. اذ يجب أن يكون خفيفًا أو معتدلاً، وأن يكون صوت القرع طبليًا غائراً

وثانيها عدم وجود الاستسقاء الطبلى ، لأن البطن اذا كان منتفخًا طبليًا فكثيراً ما تكون المساحة الكبدية رنانة . ولا بد ، أخيراً من تذكر أن امحاء أصمية الكبد قد ينشأ عن انسكاب هوائى فى التجويف البلوراوى الأيمن ، أو عن دخول الهواء فى البطن من جرح عملية فتح البطن ، أو خلال الحجاب الحاجز من جرح فيه مع جرح فى الرئة

وإليك مثلا يوضح ذلك :

أصيب رجل بجروح طعنى فى الجزء السفلى من الصدر فى الناحية اليسرى. وبالفحص عنه بعد بضع ساعات وجد عنده انسكاب هوائى عظيم فى الجهة اليسرى . وكان عنده ألم

شديد فى البطن و يبوسة فى العضلات البطنية . ولم يكن هناك انتفاخ فى البطن، وكان صوت القرع فى القسم الكبدى رنانًا. فكان من المحتمل بسبب طبيعة الجرح وموضعه اصابة المعدة أو الامعاء، ولا شك ان الألم البطنى و يبس العضلات ، وأمحاء الاصمية الكبدية ، كل ذلك مما يرجح هذه الاصابة . لكن بالتدبر فى الأعراض والعلامات نسب الغاز الذى فى البطن الى وجود جرح فى الحجاب الحاجز، وان هذا الجرح هو الذى أحدث الألم البطنى واليبوسة البطنية وقد كان هذا هو الواقع

من هذه الحادثة يتضح خطر الاهتمام ببعض الأعراض والعلامات اهتمامًا يحول دون التدبر فى سائرها واستنتاج التشخيص منها مجموعة واحدة

الوضع وسحنة الوجه

يتخذ المريض بآفة بطنية حادة وضعًا معينًا فى فراشه و يكون لوجهه سحنة تدل على موضع الشكوى

والوضع الغالب هو الاستلقاء على الظهر مع ثنى الساقين على الفخذين والفخذين على البطن . والوضع الآخر هو بسط الفخذين . ان الاستلقاء على الظهر فى الشبان هو وضع الالتهاب البريتونى دائمًا تقريبًا . على أن من الواجب التنبيه إلى أن ذلك قد لا يطرد . فأحيانًا يرى المريض ملتويًا على جانبه . أما فى الأطفال فليس من النادر مشاهدة المريض فى وضع آخر حتى مع الالتهاب البريتونى الشديد

أما سحنة الوجه البطنية فقد تشاهد فى غير آفات البطن . كالالتهاب التأمورى الحاد . فالسحنة البطنية ذات قيمة اذا رافقها غيرها من الاعراض الدالة على مرض البطن

ولا يخفى أن استعمال المورفين وغيره من المسكنات قد يمحو هذه السحنة

مضاضة الحوض

من الأعراض التى تغفل كثيراً مضاضة البريتون الحوضي . ففى النساء والأطفال قد يستفيد الجراح كثيراً بالفحص المزدوج عن الحوض لمعرفة المرض وتحديد موضعه

الفصل الحادى عشر

الآفات البطنية

تنطبق الملاحظات العامة التى ذكرت فى الفصل الفائت فى تشخيص المرض البطنى الحاد على الآفات البطنية ؛ على أن هناك بعض أشياء بشأن الآفات البطنية جديرة بذكرها فى فصل خاص

الألم

أن الآفات البطنيـة الشديدة الناشئة عن عنف فجائى ، كسائر الآفات فى سائر الأعضاء لايصحبها غالبًا ألم إلاَّ بعد حين يختلف من بضع دقائق الى بضع ساعات وهذه الحقيقة يجب أن تكون من أوليات الجراحة . وللنقيض حكمه . فالمصاب الذى يأخذ فى الصياح عقب اصابته مباشرة لا بد أن تكون اصابته خفيفة . على أن من الأطباء ، ومن الأطباء الحاذقين أيضًا من لا يدرك هذه الحقائق

داست عربة مغلقة صبيًا فى التاسعة من عمره ، ومرت عجلتان منها على جسمه . فنزل صاحبها توًا سائلاً عما لحق الغلام من الأذى ؛ فأجاب بأنهُ بخير لم يلحقهُ ضرر ، ومضى الى بيته ، وكان على بعد ربع ميل من مكان الحادثة . وأرْسل طبيبًا اليهِ ليتحرى حالتهِ ، فعاد قائلاً إنهُ بخير وإنهُ لم يصب بسوء سوى رضوض صغيرة . وفى صباح اليوم الثـانى كان الصبي فى المستشفى بحالة سيئة . وقد اتضح انهُ كان مصابًا بتمزق كامل فى المعي الصائم أودى بحياتهِ

واليك قصة ثانية :

بنت فى الرابعة من عمرها كانت تسير فى الطريق مع طفل آخر واذا بحصان عربة قد جمح ودفع الطفلين وهو يعدو فى طريقهِ . واستدعى طبيب لاسعافهما فوجد الطفل مرضوض الرأس ووجد البنت وهى موضوع القصة ، بحالة جيدة جالسة على كرسى تأكل كعكاً . وانهُ وإن تكن عجلة العربة قد مرت عليها لم يظهر عليها شيء يدعو الطبيب

الى الفحص عنها . وجلست البنت وتناولت الشاى بغير اعراض مزعجة ثم عادت الى بيتها فاعتراها الاغماء . ونقلت الى مستشفى قريب بعلامات دالة على نزف باطنى ففتح بطنها ووجد طحالها ممزقًا وكان التمزق ممتداً الى مدخل أوعيتهِ . صحيح أن البنت قد شفيت ، لكن أيستطيع الجراح أن ينسب اليهِ شرف هذا الشفاء ؟

يسمع الانسان كثيراً فى مثل هذه الأحوال ذات الآفات الشديدة قولهم « غريب إن المصاب لا يشكو المًا » والحق إن هذا ليس غريبًا ، بل هو المنتظر

أما فى الأحوال التى تكون أقل شدة — كتمزق العضلة المستقيمة تمزقًا جزئيًا ، أو تمزق البريتون الجدارى مثلاً ، فالألم مباشر شديد ، على غير ما هى الحال فى الأحوال الشديدة اذ لا يشعر المصاب بألم إلاَّ بعد حين كما أسلفنا

النزف الباطنى

لا بد من اعنات المصاب لعملية فتح البطن ، بعد زوال الصدمة الأولية ، اذا بدا عليهِ الشحوب ، والهياج ، وغير ذلك من علامات النزف عقب عنف فى البطن .

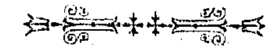
قد يميل الجراح الى التمهل ، وهذا غلط لابدَّ من اتقائه . لأن التمهل فى هذه الاحوال مهلك غالبًا ؛ لأن النزف الراجع يشاهد كثيراً فى البطن ولا سيما فى أحوال تمزق الطحال ورأى بعضهم مصابًا توفى على أثر نزف راجع غزير من الطحال بعد الاصابة بأسبوع ، كما رأى أمثلة أخرى عاد فيها النزف الشديد بعد التحسن المستمر

الانسكاب الهوائى فى الصدر

قد يحسب الانسكاب الهوائى الصدرى العارضى آفة فى البطن ، وقد يصعب اتقاء هذه الغلطة . ففى الأطفال ، والشبان أحيانًا ، قد يحدث الانسكاب الهوائى الصدرى عن ضغط الجزء السفلى من الصدر والجزء العلوى من البطن ضغطًا عنيفًا ولو بغير كسر فى الضلوع

داست عربة طفلاً فى الشارع ، ومرت العجلة على الجزء العلوى من البطن والجزء

السفلى من الصدر . وكانت الاصابة شديدة ، وقد أمحت الأصمية الكبدية . وما أسهل ما يفكر الجراح فى انفجار جزء من القناة المعوية أو تمزقها . صحيح ان الفحص عن الصدر بعناية يرشدنا الى الانسكاب الهوائى الصدرى لكن المعتاد اغفال الفحص عن الصدر ، أو الفحص عنهُ بغير عناية ، والتسرع فى تعليل امحاء الأصميـة الكبدية بوجود الغاز المتسرب فى التجويف البريتونى من القناة المعوية. على ان الجراح قد يعرف الانسكاب الهوائى الصدرى ومع ذلك يميل ، بغير مبرر ، الى فتح البطن بغير تبصر. ولعلّ أفضل ما يتبع ، فى مثل هذه الأحوال ، انتظار الطوارئ ، بمراقبة سرعة النبض والعلامات الأخرى التى تدل على اضطراب حاد فى البطن



الفصل الثانى عشر

فتح البطن

موضع الشق– تطلق العملية الاستقصائية على نوعين من العمليات . فى النوع الأول يعرف الجراح الآفة التى فى البطن ، و يعرف ، تقريبًا ، موضعها ، و يكون غرضه من العملية معرفة طبيعة الآفة أو اذا عرف طبيعتها من قبل ، يكون الغرض معرفة أممكن العلاج جراحيًا . وهذا النوع قانونى شرعي . أما فى النوع الثانى فلا يعرف الجراح إلا أن فى البطن شيئًا غير طبعى ، و يكون غرضه من العملية معرفة المرض ، وطبيعته ، ومكانه . وهذا النوع سبة على الجراحة لأن اجراء العملية بهذه الطريقة معناه اهمال الجراح أو عدم حذقه فى التشخيص . واذا اطلع الانسان على جدول الأغلاط الجراحية وجد أغلبها تحت عنوان العملية الاستقصائية . وعلى فرض أن الجراح كان على صواب فى اجراء العملية بسبب وجود آفة تستدعيها فلا أقل من أن الشق الاستقصائى يكون فى غير الوضع المناسب للعمل الضرورى . والمغزى لا شك واضح . فعلى الجراح أن يفحص عن المريض فحصًا كاملاً للتحقق من أن المرض فى البطن ، وعليهِ أن يستعمل كل الوسائل الممكنة للاهتداء الى موضعه . ولعل اهماله المباحث بالأشعة بعد طعام البزموت أدنى أسباب الخطأ

التخدير

جراحة البطن أدعى ما يكون الى قدرة المنوم وخبرته الواسعة . فمن الصعوبات التى يلاقيها الجراح فى عمله حفظه الامعاء داخل التجويف البريتونى وادخالها بعد خروجها من فتحة البطن .

فليس من دواعى النجاح فى عملية الانغماد المعوى فى الطفل مثلاً ، ابقاء جزء كبير من الأمعاء خارج البطن اثناء الاجراءات الضرورية ؛ لأن تعرض الأمعاء سبيل الى

الصدمة . قد يستطيع المساعد كثيراً لمنع خروج الأمعاء ، لكن الذى يستطيعه المنوم أكثر لأن عضلات البطن اذا لم تنقبض بالتأثير المنعكس كان من السهل اتقاء خروج الامعاء . قد لايستطيع المنوم أن يحصل على درجة مرضية من الارتخاء البطنى بغير أن يتجاوز الحد بين السلامة والخطر . لكن من المؤكد أنهُ كلما كان المنوم قديراً خبيراً كان نجاحهُ أعظم فى منع المجهودات التى قد تحدث فى اثناء العملية

كل جراح عنده خبرة فى الجراحة البطنية لا ريب يستطيع أن يستعرض امام مذكرته ما قد صادفه من الأحوال التى طال فيها زمن العملية وزاد خطرها من جرّاء التنويم الغير الجيد . وليس الخطر كل الخطر ، فى مثل هذه الأحوال ، من الصدمة وطول العملية ، بل مما يقاسيه الجراح من الصعوبة فى خياطة حافات البريتون وضمها ضمًا محكمًا . وعدم احكام خياطة البريتون يؤدى الى عواقب خطرة كالألم والانسداد المعوى تباعساه يحدث من الالتصاق بين جدار البطن والأحشاء التى أسفله . فقد رأى بعضهم عملية ثانوية لعلاج الانسداد المعوى بهذا السبب

وهناك خطر آخر وهو خروج المعى من فتحة خلال خياطة البريتون خياطة غير محكمة . ويذكر أحد الجراحين الحادثة الآتية عقب عملية الوصل المعدى المعوى :

«ولقد كانت خياطة جدار البطن من أصعب خطوات العملية بسبب يبس العضلات البطنية . وطرأ الانسداد المعوى الذى استدعى عملية أخرى . ووجد فى أثناء العملية أن عروة من المعى الدقيق خرجت من شق بين العضلات التى لزمتْ عليها »

خياطة الجرح

لا بد من العناية بمسائل معينـــة بشأن خياطة جرح البطن عدا إحكام حافات البريتون وهى :

ان خياطة العضلات بغرز خاصة تكاد تكون بغير فائدة؛ لأن المنسوج العضلى رخو رخاوة تحول دون بقاء الغرز عند المجهود . هذا الى أن العضلات فى جميع الأحوال تعود الى مكانها الأصلى بضم حافات الصفاق؛ ان لم تكن العضلات قطعت مستعرضة

وخياطة الصفاق هى التى تحول دون حدوث الفتق فى المستقبل . ولذلك يلزم خياطة الصفاق خياطة محكمة بخيط متين متانة تحول دون قطعه بمجهودات القئ ولعل الكاتجت المعالج بالكروم أنسب الأنواع ؛ لكن استعماله يقتضى احتياطات معينة . يعتمد اكثر الجرّاحين على خياطة واحدة مستمرة بالكاتجت لضم حافات الصفاق . وهذا العمل لا يخلو من الخطر لاحتمال انفتاح الجرح بانحلال العقدة : وليست هذه الحادثة نادرة الوقوع ، ولا بد أن شاهدها كثير من الجرّاحين ، أو على الأقل علموا بها . والضعف فى هذه الخياطه هو من انحلال العقدة، لأن عقدة الكاتجت ليست مضمونة ؛ مما يمكن الجراح أن يتحققه بنفسه فى أثناء العملية بقطع أحد طرفى العقدة قريبًا منها وجذب الطرف الثانى .

فإذا اقتصر الجراح على خياطة الصفاق بخياطة واحدة مستمرة بالكاتجت فلا بد فى كل حالة من خطر معين ، قـد يكون خفيفًا ؛ ولا شك أن هذا الخطر يقل كثيراً باختبار العقد قبل اتمام اقفال الجرح ، و بقطع طرفى العقدة قطعًا طويلاً أى يلزم أن يكون طول كل طرف نحو سنتيمتر . وربما كان الأفضل تقوية الخياطة بعمل غرز بوتر الديدان المتين تمرُّ خلال الجلد والمنسوج الخلوى تحته ، والصفاق البطنى

وأفضل أثر الالتحام ما روعي فيهِ ضم الحافات الجلدية ضماً محكماً . ويرى بعضهم أن تعمل خدشات صغيرة سطحية مستعرضة بإبرة على طول خط الشق قبل عمله . وتكون هذه الخدشات دليلاً للجراح وقت إقفال الجرح

التصفيـــة

أوكما يسميها الجرّاحون الدرنغة . ولا يزال بعضهم يهيئها بقطع من الدسام عند ضرورة استخراج مفرزات من البطن عقب العملية . وللتصفية بالدسام مضار كثيرة . فرفع الدسام مؤلم ، ولا تؤدى الى الغرض الذى وضع من أجله الاّ قبل أن تمتلئ عيونه بالمفرزات وتجمد . أما بعـد ذلك فالدسام يصير كفدام القارورة يمنع خروج المفرزات . وكثيراً ما يلتصق الشاش بالأحشاء و يتلفها ، وعند استخراجه يجذب الثوب الملتصق بهِ الى الجرح . وهذه كلها مما يدعو الى تركها و استبدال الأنابيب بها .

أما سوء سمعة الأنابيب فليس منسوبًا الى طريقة التصفية بالأنابيب بل الى سوء

استعمال الطريقة . واليك البيان : قد تستعمل أنبوبة واسعة جداً . فقد رأى بعضهم أنبوبة لا يقل قطرها عن القيراط فى جرح لتصفية الحوض . ومثـل هذا القطر غير ضرورى ، هذا الى أنهُ يتعب المريض وقد يتخلف عنهُ فتق فى المستقبل . وقد رأى أحد الجرَّاحين مريضاً طرأ عنده انسداد معوى بدخول جزء من جدار المعى الدقيق فى فتحة من الفتحات الجانبية التى عملت فى أنبوبة واسعة وضعت لتصفية الحوض عقب عملية فتح بطن

وانهُ وان يكن من الصعب تعيين الوقت الذى يمكن أن ترفع فيهِ أنبوبة التصفية إلاَّ أنهُ من الصواب القول بأنها كثيراً ما تحفظ أطول مما يلزم . وطول بقائها فى الجرح مما يجعله بؤرة للتقيح . فقد رأيت أنبوبة أبقيت فى الجرح مدة خمسة أسابيع بعد عملية خراج فى الزائدة الدودية . واستمرَّ الصديد غزيراً طول هذه المدة حتى لقد خشى الجراح أن يرفعها . لكنهُ بعد أن رفعها رأى الصديد وقد انقطع سريعاً والتحم الجرح مباشرة

وقد يروع الجراح ما يحدث أحياناً عقب رفع الأنبوبة من ارتفاع حرارة المريض ارتفاعاً قليلا مما يدعوه الى الاعتقاد بأنهُ قد رفعها قبل أوانها فيعمد الى العبث بالجرح ظنًّا منهُ أن الصديد كامن فى احدى زواياه ، والحقيقـة غير ذلك ؛ لأن الحمى الوقتية كثيراً ما تأخذ المريض عقب استخراج الأنبوبة ، ولا شأن لها مطلقاً

ومن عواقب ابقاء الأنبوبة طويلاً فى الجرح ضغطها الأنسجة التى تجاورها وتلامسها مما ينشأ عنـهُ انسداد معوى ، أو ناصور برازى ، أو نزف أو تخثر على أثر أذى فى الأوعية الحرقفية

الأجسام الغريبة التى تغفل فى البطن

يندر أن يسمع الانسان عن اغفال آلات فى البطن . على ان ذلك مما يحدث أحياناً وجفوت الشرايين هى أقرب الآلات الى النسيان . ويتقى ذلك بالتحرز والاحتياط . ويحسن أن تستعمل الجفوت ذات الأيدى الطويلة

والحوادث التى تشاهد أكثر هى نسيان الاسفنج فى البطن . ولاتقاء ذلك يوصى بعضهم بعد الاسفنج قبل العملية وقبيل الانتهاء منها . وليست هذه الطريقة بكافية كما ينتظر فقد عدت الممرضة ، ذات مرة ، الاسفنج ، مرتين ، وقالت ، فى المرتين ، ان العدد

مضبوط ، ومع ذلك فقد أغفلت اسفنجة في البطن وتحمل وبال غلطها الجراح . وأضمن من العد ألاّ يستعمل الجراح إلاّ إسفنجة ذات ذيل طويل يترك خارج البطن ويثبت ثمَّ بجفت شريان والواجب الالتجاء الى هذه الطريقــة مع عد الأسفنج . وإياك تستعمل الاسفنج الصغير . رأيت مرة في المشرحة إسفنجة صغيرة استخرجت من بطن مريض، وكان الجراح الذي أجرى العملية حاضراً فرُعب مما رأى واتضح أنهُ أجرى العملية وساعده فيها مساعد غير خبير فوضع الأسفنجة وأغفلها ولم يرها الجراح

ومن الحوادث التي جرت وكانت سبباً في رفع دعوى على الجراح نسيان الاسفنجة داخل المعي وكانت قد استعملت لمنع خروج المواد البرازية في أثناء استئصال المعي . ولذلك يحسن الاحتيال على منع المواد البرازية بطريقة أخرى

وكثيراً ما تُرى قطع من خيط الحرير أو الكاتجت في بطن المرضى الذين يموتون على أثر عمليات في البطن ، وهذه القطع تشاهد سائبة في التجويف البريتوني . وقد رأى بعضهم قطعة من القفاز . وقد تخرج قطع خيط الحرير من التجويف البريتوني ، في النساء ، خلال بوق فالوبيوس

ويحكى أحد الجراحين أنه أجرى عملية خراج في الحوض لمرضة ، ووضع أنبوبة تصفية في حوضها. وشفيت جيداً ، وقد صادفها الجراح بعد العملية بثلاثة أشهر فأخبرته بتولد خراجة صغيرة في أثرة الالتحام انفجرت وخرج منها بعض غرز وقطعة صغيرة من المطاط مما يتطاير في أثناء عمل فتحات في أنبوبة التصفية . فعليك الاحتياط في أثناء قطع الخيط وعمل الفتحات في الأنابيب

وروى لي صديق من الجراحين أنه فتح خراجة لمريض له كانت في مقدم فخذه . واستخرج منها إبرة جراحية منحنية في سمها فتلة حرير . ولقد عملت لهذا المريض عملية في البطن منذ سنة ونصف

الوضع بعد العملية

يمكن سند المريض في وضع فولر بعد زوال الصدمة المباشرة . وسواء أصحت المزايا التي يدعيها فولر لوضعه أم لم تصح فان سند المريض في هذا الوضع . مما يجعله يشعر براحة عظيمة لتخفيف التوتر في جدار البطن ؛

الاستسقاء الطبلى

يختلف الألم الذى يحسه المريض عقب العملية . فمنهم من يتألم كثيراً ، ومنهم من لا يشعر بألم . وقد يميل الجراح لتخفيف ألم المتألمين بالمورفين . و إنه و إن خفف الألم إلاّ أنه يزيد الاستسقاء الطبلى وهو مما يجب أن يتحاشاه الجراح

وخير علاج للانتفاخ هو الحقن الشرجي بزيت التربنتينا والحقن تحت الجلد بخلاصة الغدة النخامية ويجب التعجيل بكليهما بغير انتظار الى حدوث الانتفاخ

القيء بعد العملية

قد يكون القيء عقب العملية من المخدر، أو من السم البولى ، أو من حموضة الدم ، أو من أسباب أخرى مختلفة . وأهم الأسباب الالتهاب البريتونى والانسداد المعوى ؛ ولا حاجة بنا الى التمييز بينهما لأن الكلام فى ذلك فى موضع آخر . ومن الضرورى أن نشير إلى نوع من القيء له شأنه . فلنفرض أن مريضاً قد أجريت له عملية لالتهاب فى الزائدة الدودية أو فى عضو آخر من أعضاء الحوض ولم يتماثل سريعاً . و يشاهد البطن منتفخاً فيه مضاضه ، وترتفع حرارته ، و يعتريه القيء وربما كان من الصعب إطلاق أمعائه . والمهم فى مثل هذه الحالة توقع خراجة حوضية باقية . فان لم يفكر الجراح فى ذلك تعليلاً لابطاء النقه ، فيلجأ الى الفحص عن المريض من الشرج أو المهبل ، فقد لا تعرف الحالة و يذهب المريض من يديه .

وحموضة الدم موضع للخطأ أحيانًا اذا نبا الجراح عن البول ولم يفحص عنهُ بكلوريد الحديد . ولذلك يلزم عد هذه الحالة من أسباب القيء والاهتمام بالفحص عن البول . وحموضة الدم اذا عرفت عولجت سريعًا بالعلاج الغذائى المناسب، وهو إطعام المريض بالمواد الكربوهدراتية ، واعطائه مقداراً كافيًا من محلول الجلوكوز حقنًا تحت الجلد أو فى المستقيم . أما إذا تاه الجراح ولم يدرك أن الحموضة الدموية هى علة القيء فانه يجوع المريض أو يغذيه باللبن أو بماء الزلال ، و يدفعه بذلك الى الموت والهلاك

الفصل الثالث عشر

التهاب الزائدة الدودية

تنسب اكثر حوادث التهاب الزائدة الى مسألة التشخيص . وهنا مواطن كثيرة للخطأ يجب أن يتقيها الجراح وهو فى طريقه الى تعرف المرض . مواطن ما أصعبها حتى لتجد الحاذق الخبير من الجراحين وهو ينخدع أحياناً . أما المهمل غير الخبير فكثيراً ما يخطىء

إن التشخيص فى هذا المرض هو تخمين او استنتاج يحتاج الى كثير من الحذق والذكاء لأن الزائدة لا يمكن رؤيتها أو جسها بغير فتح البطن . فالنتائج التى يحصل عليها الانسان من العلامات الغير المباشرة فى هذا المرض كالنتائج التى يحصل عليها من العلامات الغير المباشرة فى غير هذا المرض قد تكون خطأً . ولا تنحصر مواضع الغلط فى البطن فحسب بل تتضمن اضطرابات عامة معينة واضطرابات صدرية واضطرابات خارج البطن

الاضطرابات العامة

ليس من النادر أن يكون ألم البطن والقىء من علامات السم الرصاصى ، والاتاكسيا الحركية ، والانيميا الشديدة ، وحموضة الدم ، وصلابة الشرايين ، والاريثما الأبخرية ، وفرفورا هينوك ، وأمراض أخرى . ولا يبعد أن ينسب الألم والقىء خطأً فى هذه الأحوال ، الى التهاب الزائدة فان لم يفحص الجراح عن مريضه فحصاً دقيقاً بنظام وقع فى أغلاط شائنة . وبقليل من التدبر يتضح لك أن هذين العرضين هما أساس غير مضمون ليبنى عليهِ الجراح تشخيص التهاب الزائدة

السم الرصاصى

قد يخطىء الجراح فى هذه الحالة ، من احدى ناحيتين . فأما الناحية الأولى فقد ينبو الجراح فلا يرى الخط الأزرق الذى يشاهد فى اللثة ، والشحوب ، وارتخاء الرسغ لأنهُ لا يتجاوز البطن فى فحصه وعلى ذلك يكون مسؤولاً عن فتح البطن فتحاً

غير ضرورى . وأما الناحية الثانية فقد يرى الجراح علامات السم الرصاصى و يتأثر بها فى حكمه متغاضياً عن الالتهاب فى الزائدة الدودية الذى يكون علاوة على السم الرصاصى فقد ذكر بعض الجراحين مثالاً من هذا النوع . إذ اكتفى الجراح بتشخيص السم الرصاصى ، وتغاضى عن الزائدة الدودية التى تغنغرت بعواقب وخيمة

وان لم يكن من السهل التسامح فى التغاضى عن العلامات الواضحة للسم الرصاصى إلاَّ انهُ من السهل التغاضى عن التهاب الزائدة متى رأى الجراح بغير ما شك الخط الأزرق على اللثة وسائر العلامات الأخرى . فاذا اتفق عند المريض آفتان فمن المستحيل تقريباً تقدير قيمة كل منهما على أن من الواجب أن نحاول ذلك

الاتاكسيا

قد حسبت الآلام الحشوية التى تعرض فى التابس الظهرى علامة على التهاب الزائدة وليس عندى الاّ أن التمس ضرورة الفحص الكامل وعدم الاعتماد على الفعل المنعكس للحدقة . فضعف السمع ، وفقد الاحساس باللمس الخفيف فى مساحات معينة من الجلد وفقد الفعل المنعكس فى الركبة ، والقرحة الثاقبة فى القدم ، والآلام الحشوية ، كل أولئك مما يسبق امحاء التأثر المنعكس فى الحدقة للضوء فى التابس الظهرى

حموضة الدم

فى الأطفال وغيرهم من الشبان حالة شائعة . وانا و إن أسلفنا الكلام فيها فى عوارض الرأس إلاَّ أن من الضرورى العود اليها هينا لأنها كثيراً ما تلتبس بالتهاب الزائدة مما يكون فيه خطر شديد ؛ لأن تحذيرك المريض بحموضة الدم قد يؤدى الى الهلاك

واليك مثلاً فيه عظة وذكرى : دعيت لعيادة بنت فى السادسة من عمرها ارادت اجراء عمليــة التهاب الزائدة الدودية . وكانت تشكو من ألم فى البطن وقئ مستمر . وأخبرت أنها لم تعط الا ماء الزلال ولم تكن تستمرئه قاذفة إياه . ومرّت عليها أدوار مماثلة وان تكن أقل شدة. و بالفحص عنها وجدتها فى حالة نعاس، ولم يكن نبضها بريتونيا

وفى القسم الشراسيفى مضاضة لعلها من القيء . ولم يكن على موضع الزائدة شيء من المضاضة أو يبس العضلات . فما ظننت أنها مريضة بآفة بطنية أولية ، لأنها كانت أقرب الى حالة حموضة الدم منها الى التهاب الزائدة الدودية . و بالفحص عن البول وجد تفاعل الدياستيك قويًا . فأشرت على الفتاة بتناول قطعة من الخبز المقدد فذعر ذووها وقابلوا هذا الرأى بشيء من الخوف ، والاستهزاء ، بل ومن المعارضـــة . وما كان ذلك إلا ليزيدنى ثباتًا ، فتناولت الفتاة قطعة الخبز واكلتها هنيئًا مريئًا . ولشد ما دهش القوم حينما وجدوا أن القيء قد انقطع بتناول المواد الكربوهدراتية وان الفتاة قد تماثلت

و بعد ذلك ، عاودت الفتاة نوبة أخرى ، بينما كانت فى غير بلدها . وقال الجرّاح الذى دعي لعلاجها إنها مصابة بالتهاب فى الزائدة ونصح بضرورة العملية فاستخرجت الأم مذكرة صغيرة كتبتها لها وأثبت فيها استعداد الفتاة لحموضة الدم وطلبت منها أن تحافظ عليها وتبديها لغيرى من الأطباء اذا حدثت النوبة . ففحص الطبيب عن البول ، ووجد فيه الأسيتون ، واقتصر العلاج على التدبير الغذائى المناسب بفائدة عظيمة

ولا تنس ، أيهـــا الجراح ، أن حموضة الدم قد تطرأ عقب القيء والجوع اللذين يلازمان التهاب الزائدة. ولذلك كان من الضرورى الفحص عن البول لحامض الدياستيك والاسيتون فى كل مريض قبل اجراء عملية الزائدة لكى يبادر الجراح بالوسائل العلاجية الضرورية بزيادة السكر والمواد الكربوهدراتية خوف وفاة المريض وفاة غير منتظرة من السم المتأخر بالكلوروفرم

واذا اشتدّ القيء من حموضة الدم عقب العملية فلم يستطع المريض تناول المواد الكربوهدراتية بالفم فلا بدّ من اعطائها اياه بطريق الشرج . وفى الأحوال الشديدة جداً يلزم الالتجاء الى الحقن تحت الجلد أو فى الوريد بمحلول جلوكوز بنسبة ٥ فى المائة . واياك أن تستعمل الجلوكوز التجارى

ولاتقاء مثل هذه المضاعفات يحسن الاحتياط بالسماح بمقدار وافر من المواد الكربوهدراتية فى الغذاء قبل أى عملية تعمل بالتخدير العام

ولا يسع المقام شرح سائر الاضطرابات العامة التى تحدث أعراضًا بطنية كصلابة

الشرايين وتكلسها ، وكالأريتيما متعددة الشكل وفرفورا هينوك وغير ذلك . وكلها مما يستدعى الفحص عن المريض فحصاً كاملاً ، وملاحظة البقع الفرفورية ، وبقع الأريتيما ، وصلابة الشرايين ، وتمدد القلب . وكل ذلك مما يقتضى ، بالتالى ، تشخيص المرض بعد تدبر الأعراض والعلامات جملة واحدة ، ومجموعة كاملة

الآفات الصدرية

قد يحدث الالتهاب الرئوى ، والالتهاب البلوروى ، والامبايما فى الجهة اليمنى ، ألماً منعكساً فى الجانب الأيمن من البطن مع يبس فى العضلات . والأمثلة كثيرة التى حدث فيها أن الجراح فتح البطن متوقعاً زائدة دودية ملتهبة أو التهاباً بريتونياً بسبب آخر خائباً لعدم وجود شىء من ذلك ، مذعوراً من معرفته بعد ذلك إما على سرير المريض أو على طاولة المشرحة بوقوفه على المرض فى الصدر مما كان من السهل الاهتداء إليه لو عنى بالفحص عن المريض فحصاً دقيقاً

الآفات القلبية

هى مواطن للخطأ أيضاً . فقد رُوى أن مريضاً أخذه ألم شديد فى البطن مع يبس فى العضلات وبعض الهبوط . ففتح بطنهُ ولم يشاهد فيه شىء معين . واستؤصلت الزائدة وقد كانت سليمة بالعين العارية . فزال ألمه عقب العملية ، وقد طرأ عنده بعد يوم أو يومين ألم فجائى فى القسم المراقى الأيسر اتخذ دليلاً على حدوث سدادة دموية فى طحاله . وبالفحص عنه بعناية اتضح أنهُ مصاب بالتهاب فى الغشاء المبطن للقلب

نخر العمود الفقارى

قد يلتبس هذا النخر ولا سيما اذا صحبه خراج فى العضلة البسواسية بالتهاب الزائدة لأن المريض وقتئذ ينعكس ألمه فى البطن ، ويشاهد مستلقياً على ظهره ، وفخذه منثنية على بطنه لإرخاء العضلات المتوفة ، وتتضح مضاضة على موضع الزائدة . على ان تاريخ المرض ، ويبس العمود الفقارى مما يدل على النخر

وقد يكون الخطأ فى النقيض . فقد انعكس ألم خراجة الزائدة فى الظهر فى مريض ،

وذكر الجراح الذى شاهده أنهُ لم ير فى حياته مريضاً انعكس الألم عنده فى الظهر وكان ذلك سبب الخطأ

مرض الورك

ان الزائدة وهى فى الحفرة الحرقفية قريبة العلاقة بالعضلة الحرقفية . فاذا التهبت وتكوّنت خراجة خلف الأعور تنثنى الفخذ على البطن . واذا حاول الجراح بسطها توترت الأنسجة الملتهبة وأحدثت ألماً. وهذا مما يجعل الجراح يحسب الالتهاب فى الزائدة مرضاً فى المفصل الوركى

أمراض الكلية

تلتبس أمراض الكلية بالتهاب الزائدة الدودية لتأثيراتها العامة واضطراباتها الموضعية ففى السم البولى مثلا اذا صحبه ألم ومضاضة فى البطن كما يحدث غالباً فقد يتوهم الجراح أن المرض فى الزائدة الدودية ويستدعى التوسط الجراحي . واذا لم يخطر بباله أن يفحص عن البول فقد يندفع الى فتح البطن فى أشأم وقت . ولقد شاهدت حادثة من هذا النوع

ولعل اكثر الأغلاط شيوعاً هو حسب الحصاة الداخلة فى الحالب التهاباً فى الزائدة وأدل شيء على الحصاة هو استجلاء الكريات الدموية الحمراء فى البول بعد ترسيبه مركزياً وفحصه بالمجهر . ويحسن أن يذكر الجراح هذا الاحتمال لكى يعمد الى الفحص عن الحالب اذا فتح البطن ووجد الزائدة سليمة لاشية فيها

واستيثاقك من التاريخ يمكنك غالباً من التمييز بين المرضين أو يجعلك ، على الأقل على شيء من الحذر يدعوك للالتجاء الى طلب الفحص بالأشعة قبل فتح البطن . على أن هذا كله لا ينحّى عن الخطأ أحياناً ؛ لأن زيادة مرات البول المصحوب بدم قد تلازم التهاب الزائدة أو تنشأ عنه

وكيفما كان السبب فالأعراض البولية تزول بعد استئصال الزائدة . وقد صعب التشخيص فى مريض كان عنده خراج زائدى خلف الأعور لأن بوله كان يحتوى

على دم وصديد واسطوانات حبيبية . وكان الخراج مرتفعاً فى البطن ، ودلت صورة الأشعة على كتلة قد تكون حصاة كاوية لكنها كانت كتلة برازية . وزالت الأعراض البولية سريعاً بعد العملية

واليك مثالاً لغلطة كانت عاقبتها وخيمة . مرض رجل شديد قوى ، وحسبت الأعراض التى بدت عليه مغصاً كلوياً فى الناحية اليمنى . فعولج بما يعالج به هذا المغص من كمادات ساخنة وحقن بالمورفين . وبعد علاجه أسبوعاً كاملاً بدأ القلق على طبيبه واستدعى جراحاً . فوجد البطن منتفخاً بغير مضاضة . وكانت الحرارة ٩٧٫٦ فارنهيت والنبض ١١٢ وكان دقيقاً . واللسان جافاً بنياً . والحدقتان منقبضتين . وكل ذلك دليل على اصابته بالتهاب بريتونى فى الدور الأخير . وأجريت العملية على انها الوسيلة الأخيرة للرجاء . لقد ضاع ألم المريض بالمورفين الذى استعمل وكان من دواعى حتفه

التهاب حوض الكلية فى الحمل

موطن آخر للخطأ . يشاهد هذا الالتهاب عادة فى الشهر السادس من الحمل . واذا عرف فى الوقت المناسب أمكن علاجه بالتنبيه على المريضة بملازمة السرير ، وباعطائها مطهراً بولياً . وقلما تعرف الحالة ، لسوء الحظ إذ تحسب التهاباً فى الزائدة الدودية . فقد دعيت مرتين لاجراء عملية الزائدة الدودية لسيدتين كانتا حاملين . وكان بولهما محتوياً على زلال غزير وصديد مما دل على انهما مريضتان بالتهاب فى حوض الكلية

ولقد شاهدت مريضة استؤصلت زائدتها بغير أن يتحسن مرضها . ولتعلم أن الالتهاب فى حوض الكلية مضاعفة كثيرة الوقوع فى الحمل لا يمكن أن ينبو عنها الجراح فلا يدركها اذا فحص عن بول مريضته وعرف مدلول فحصه

الاضطرابات البطنية

أما الاضطرابات البطنيـــة التى تلتبس بالتهاب الزائدة فهى الامساك ، والقرحة المعدية ، والمعوية ، والتهاب المرارة ، وحصاة الكبد ، والالتهاب البريتونى الدرنى ،

والأمراض المختلفة للأعضاء الحوضية ، والانغماد المعوى ، والمرض الخبيث فى المعى ، والانسداد المعوى . وليس من السهل توضيح هذه الأحوال بأمثلة . وينبغى للجراح أن يحفظ ، أولاً ، أن للتاريخ الدقيق شأناً عظيماً وثانياً ، أن الاعتماد على أعراض مفردة كثيراً ما تخدع الجراح ، وثالثاً ، أن من الضرورى الفحص عن المريض فحصاً كاملاً . فقد شاهد بعضهم رجلاً مريضاً بانثقاب فى الزائدة ، وهو جالس أمام النار يشكو من ألم حول منشأ قضيبه . وكانت حرارته ٩٩ درجة بمقياس فارنهيت ، ونبضه ٨٨ فكانت ههنا علامات كثيرة غير اعتيادية فى التهاب الزائدة لكن كان من السهل تشخيص المرض لتعرف التاريخ بالدقة وتدبر الأعراض جملة واحدة

ولعل أعظم منبع للخطأ هو الاهتمام بوجود بعض أعراض معينة أو بعدم وجودها . ألم تسمع ، أيها الجراح ، من زميلك وأنت تناقشه ، قوله لك : ليس بالبطن مضاضة ولذلك لايصح أن يكون المرض التهاباً فى الزائدة . وكان هذا صحيحاً لو كان التشخيص آلياً (ميكانيكياً) نعم أن الأرجح أن يكون استنتاجه صواباً ؛ لكن لايبعد أن يكون خطأ . كأن يكون الإلتهاب محصوراً فى الحوض أو كان يكون المريض قد تناول مقداراً عظيماً من الأفيون أو الغول . وكذلك قد لا تتضح المضاضة اذا كان جدار البطن عظيماً من الطبقة الدهنية ؛ أو لأسباب أخرى . وقد يخدع المريض طبيبه عفواً أو عمداً . فقد يدعى بعدم وجود المضاضة تجلداً غير متضعضع ، أو خائفاً من عملية . وقد يدعيها وهى غير موجودة

وكذلك الحال فى كل عرض . فالأعراض عرضاً عرضاً طريق للوهم والخداع ، وجملة اكثر ضماناً وأمناً . فهل تستطيع خربصة[1] النـــاس من عيونهم أو آذانهم أو أيديهم . وهل يستطيع زوج أن يتعرف زوجته اذا سترت الجزء السفلى من وجهها . وكذلك المرض لا يمكن أن يتعرفه الطبيب اذا لم تكشف الأعراض كلها . هذا هو سر التشخيص

وينشأ عن التهاب الزائدة مضاعفتان عظيمتا الشأن قد لا يحسن تأويلهما الجراح أو يتغاضى عن سببهما اذا عرفهما

---

(١) أى تمييزهم

أما المضاعفة الأولى فهي الخراج تحت الحجاب الحاجز و يتكوّن إما من استطراق الصديد إلى الأعلى ، و إما من تقيح الزائدة التى تكون فى غير موضعها الطبعى . وقد يصح أن يفتح هذا الخراج و يصفى فيتماثل العليل بغير أن يكشف عن سبب التقيح . لكن لا يطرد هذا

وعلى الجراح ، على كل حال ، أن يكون أرقى من أن يتقبل بسهولة ضعفًا فى التشخيص كهذا . فقد يستطيع الجراح الأخرق أن يفتح الخراج ثم يصفيه فيلتئم بنجاح ، لكن ليس يستطيع أن يبدى رأيًا صوابًا فى التشخيص لأن ذلك مما يستدعى حذقًا وذكاء

دخل صبى أحد المستشفيات بخراج كبير تحت الحجاب الحاجز ففتح وصفى ، وتخلف عنهُ ناصور لم يلتحم . و بعد أن لبث طو يلاً مستشفيًا استخرجت كتلة برازية متحجرة فالتحم الناصور سريعًا . ففى هذا المريض يظهر أن الجراح لم يحاول ان يعرف سبب الخراج أو يكشف عن الكتلة البرازية أو الجسم الغريب . فلو أن الصديد أرسل للطبيب الباتولوجي ، وهو مما يجب عمله ، لكان من المحتمل اكتناه الأزهار الميكروبية المعوية التى تهدينا سواء السبيل ، ولأرشدتنا بقية العلامات الى أن أصل التقيح فى الزائدة الدودية

وكذلك تغفل ، كثيراً ، الأخرجة الحوضية الناشئة عن التهاب الزائدة الدودية . ففى الأدوار الأولى قد لا تتضح المضاضة جيداً فى البطن ، وكذلك الألم . هذا إلى أن الألم إذا وجد يكون مغصيًا مما يدعو الجراح الى نسبته الى انسداد معوى جزئى ، متغاضيًا عن التجمع الصديدى الحوضى . هل أدلك على ما يلزم ؟ تفحص الحوض جيداً للوصول الى التشخيص الصواب . وههنا يجب أن أرشدك الى احتياط ضرورى وهو اخلاء المثانة مما فيها من البول لأن المثانة الممتلئة بالبول والتجمع الصديدى الحوضى متشابهان

ولقد شاهدت مثلاً غريبًا لخراج زائدى فى مريضة أغفله الطبيب المعالج حتى انفجر . شكت السيدة ، وكانت من الأغنياء ، من ألم شديد فى البطن ، وقىء . فاستدعت طبيبها الذى اجتزأ بوصف الدواء لها بغير الفحص عنها . ور بما احتوى الدواء على شىء من

مركبات المورفين . فظلت المريضة فى مرضها ، وظل الطبيب فى علاجها بغير أن يكلف نفسه مشقة الفحص عنها إلى أن أعلن الخراج عن نفسه بانفجاره . فسألت المريضة لمَ لم تخبرى طبيبك بالورم الذى كان ببطنك . فكان جوابها ألم يكن من واجبه الاهتداء اليه . ومن الحق أن الحق معها لدرجة ما

الامساك

كثيراً ما يلتبس الامساك ، ولا سيما ذلك فى الأطفال ، بالتهاب الزائدة . ولما أن الامساك من اعراض هذا الالتهاب ونتائجه فقد يكون سبباً للخطأ . فقد يصف الطبيب القليل الخبرة جرعة من زيت الخروع أو من مسهل آخر . فحذارِ . حقيقة إن هذه الوصفة قد توضح طبيعة المرض ؛ لكن بضرر عظيم . ذلك لأن المسهل سواء أكان زيت الخروع أم غيره ، اذا أعطى مريضاً بالتهاب فى الزائدة ، قد يزيد الالتهاب اشتعالاً والأعراض حدة . فليكن اعتمادك على الحقن الشرجى . واياك أن تستعمل المسهل

التهاب المرارة

من الصعب جداً التمييز بين التهاب المرارة والتهاب الزائدة . وقد يكون من المستحيل فى بعض الأحوال ، الاهتداء الى الصواب قبل وضع المريض على منضدة العمليات . وفيها يحسن جس البطن قبل العملية و بعد التخدير . لأنهُ قد يمكنك وقتئذ أن تجس أى المواضع اكثر يبساً ، أو أن تحس ورماً لم تكن لتشعر به من قبل

الالتهاب المبيضى والالتهاب البوقى

لا نزاع فى أن الأعراض كثيراً ما تشتد فى أوقات الطمث ، فى النساء اللاتى يكون عندهن آفات مستديمة فى ملحقات الرحم . أما اشتداد الأعراض فى أوقات الطمث فى النساء اللاتى يكون عندهن التهاب مزمن فى الزائدة الدودية فغير معروف للأطباء معرفتهم باشتداد الأعراض فى مرض الملحقات الرحمية . وسواء أكانت شدة الأعراض

فى أحوال التهاب الزائدة ناشئة عن أصل وعائى أم عن سبب آخر فلا شأن لنا به . لكن المهم معرفة اشتداد الأعراض أوان الطمث لكيلا يخدع الجراح فيحسب ذلك دليلاً على اضطراب حوضى

الانسداد المعوى

لشد ما تدهش ندرة الانسداد المعوى عقب التهاب الزائدة . فان طرأ على مريض بالتهاب الزائدة ما يدل على الانسداد كانتفاخ البطن ، والآلام المغصية ، والحركة الدودية المسموعة فحقيق بالجراح أن يكون فى ريب من أمره . لأن الإمساك ، وإن يكن من مصاحبات التهاب الزائدة غالبًا ، لا من لوازماته فانه ناشىء عن منع الحركة الدودية وفى الأحوال التى يظهر فيهـا الانسداد نتيجة الالتهاب فى الزائدة أو حولها ، فالذى يستدعى الاسعاف هو الانسداد

وأزعم أن كل نوع من الانسداد المعوى كالانغماد والانسداد بالالتصاق ، والورم الخبيث ، والفتق المختفى خلف البريتون ، والحصاة المعوية ، إن كل ذلك قد يشبه على الجراح فيحسبه التهابًا فى الزائدة . ويزداد خطر هذا الخطأ فى التشخيص إذا حاول الجراح استئصال الزائدة بفتحة صغيرة ولا سيما إذا جعل شقه كالمشواة . لأنه إما أن يستأصل الزائدة ، فى مثل هذه الأحوال ، متغاضيًا عن الإصابة الكبرى وهى الانسداد لعدم معرفته إياها . وإما أن يتعرف الانسداد ووقتئذ ليس يستطيع علاجه خلال الفتحة الصغيرة التى أراد أن يستأصل الزائدة منها .

قرحة البواب والعفج

يحدث الالتهاب المزمن فى الزائدة نوعًا من عسر الهضم من الصعب غالبًا ، ومن المستحيل أحيانًا تمييزه مما يرى فى قرحة البواب أو العفج . وربما كان عسر الهضم فى هذه الأحوال لسبب واحد هو استمساك البواب عن التمدد للسماح للغذاء بالمرور من المعدة الى المعى المصاب . ولعل الشىء المميز المعتمد ، إذا لم تكن هناك علامات لتحديد موضع

المرض ، هو عدم انتظام عسر الهضم واختلافه فى التهاب الزائدة الدودية على غير ما هى الحال فى قرحة البواب والعفج . ولا تحسبن أنها علامة ناجحة دائماً على التمييز .

تأجيل العملية

ليس من أصالة الرأى إرجاء العملية الى زمن غير محدود متى انتهى الجراح إلى تشخيص التهاب الزائدة . وحتى إذا كانت الحالة خفيفة ، وكل العلامات تدل على زوال النوبة فليس هناك ما يضمن سلامة المريض من بطش الالتهاب دفعة أخرى . فقد عرفت رجلاً نحاه طبيبه عن العملية رجاء أن المرض لا يعود . وكانت النتيجة أن النوبة عاودته فى ظروف غير مناسبة للعملية وانثقبت الزائدة وطويت صحيفته . ويروى أحد الجراحين أن عملية ارجئت شهراً لأن زوج المريض كانت على وشك الوضع . فحدث للمريض فى خلال هذا الشهر سم صديدى فى وريد الباب قضى عليه .

ولقد مرَّ بك الكلام فى استعمال المورفين لأنه يخدع الجراح فيجعله يخطىء التشخيص أو يؤخره فيه . وإياك أن تتوهم زوال خطره اذا استعمل بعد التشخيص وتقرير العملية . وخطره فى هــذا الوقت يكون فى تخفيفه الألم تخفيفاً قد يجعل المريض يفكر فى ارجاء العملية

عمليات الزائدة الدودية

الشق — كُتب ، وقيل ، كثيراً عن الشق المعبر عنــه بشق المشواه ، وهو الشق المصطلح عليه . ووجه الاصطلاح أن الشقوق الأخرى لا تترك جدار البطن قوياً مثله . ولست اعتقد ذلك ؛ لأن الفتق البطنى لا يعقب الشق الذى يعمل فى غمد العضلة المستقيمة على شرط أن تعمل الخياطة محكمة وأن يلتحم الجرح بالقصد الأول . وان خالفت هذين الشرطين برزت أثرة الالتحام وكانت ضعيفة كيفما كان الشق . ولتعلم أن لشق المشواة عيوباً . منها أنك لا تجد إلا فتحة صغيرة لاستئصال الزائدة ؛ فاذا ما رأيت حاجة الى توسيعك الجرح فليس من السهل الوصول الى ذلك بغير ضرر جدار البطن .

ومنها أن الزائدة الدودية الملتصقة فى الحوض ليس من السهل استئصالها لعدم استجلائها جيداً . هذا الى أنهُ من المستحسن غالبًا تحرى حالة بعض أعضاء أخرى عدا الزائدة مما لايتيسر بهذا الشق . والرأى أن يعمل شق رأسى خلال غمد العضلة المستقيمة اليمنى ، وتنحّى هذه العضلة الى الأنسية ، ثم يقطع الغمد الخلفى والبريتون قطعًا مستعرضًا أى فى اتجاه الألياف . ولتعمل هذه الشقوق صغيرة أولاً ، فلا تتجاوز مساحة ما تدخل أصبعين ، فان وجدت صعوبات وأشياء غير منتظرة أمكنك أن تمادى فى شق الجلد والغمد المقدم ، من أعلى ، ومن أسفل ، وأن تشق الغمد الخلفى شقًا رأسيًا حسب الحاجة مع العناية بتبعيد العصب الذى يمر الى العضلة المستقيمة عابراً خط الشق . ولهذه الطريقة مزية اجراء العملية للمريض بأصغر شق ممكن . هذا الى أنهُ لا يتخلف عنها فتق بطنى فى المستقبل . ويصير الجرّاح بعيداً عن خطر العمل فى الظلام فى فتحة صغيرة لا يمكن توسيعها الا باتلاف جدار البطن

الاوعية الشراسيفية الغائرة

لا بد من اتقائها فى الشق الذى ذكر . وان نالها الجراح فلا بد من ضبطها جيداً وسيمر بك الكلام فيها

صعوبة الحصول على الزائدة

خير مرشد للزائدة هى الألياف العضلية المستطيلة التى تشاهد فى طول القولون الصاعد وتمر الى الأعور لتنتهى فى الزائدة . وما لم يكن الجرح صغيراً لا يكفى للكشف عن هذه الألياف العضلية لا يجد الجراح صعوبة الا اذا امحت هذه الأليـاف من الالتهاب . وعليك فى البحث عن الزائدة أن تعتمد على النظر لا على الجس . فقد سمعت جراحًا وهو يتصيد الزائدة بأصبعه وابهامه وهو يقول : « ها هى ته قد وجدتها . انها لا بد أن تكون ملتهبة جداً لأنى أشعر بنبضها . رويداً . إنها ليست الزائدة — إنهُ الشريان الحرقفى » ولا تحتاج هذه الكلمات الى تعليق

ويحسن أن تحاول الحصول على الزائدة واستئصالها حتى مع وجود خراج لانك إن تركتها تركت معها تعباً للمريض فى المستقبل. ولنحسب انك لا تجدها الا بتعريضك المريض لخطر اكثر من المبرر ، فعليك أن تبحث عن الكتل لأنها ان بقيت تخلف عنها ناصور مستديم

وأحياناً تكون الزائدة ملتصقة كل طولها . فاذا حاولنا استئصالها اضطررنا الى تشريح صعب متعب بسبب تلف الطبقة البريتونية وذهاب المعالم الطبعية مما يؤدى الى اتلاف بعض الأعضاء المجاورة الملتصقة بالزائدة . ووقتئذ يحسن تقفها من غلافها ويتم ذلك بشق طولى فى الطبقة البريتونية من الناحيــة المكشوفة ، ثم نزع الطبقة العضلية والطبقة تحت المخاطية والطبقة المخاطية . وتنزع هذه الطبقات بسهولة . فان رأيت شيئاً من الصعوبة تشق الطبقة العضلية أيضاً ويكتفى بنزع الطبقة المخاطية والتى تحتها . وخير مستو للنزع ما بين الطبقة العضلية والطبقة تحت المخاطية

جروح المثانة والمعى

كثيراً ما يصاب الأعور اصابة جزئية فى أثناء استئصال الزائدة الملتصقة بغير ضرر كبير . ولكن لم أشاهد حادثة فتح فيها المعى . على غير ما هى الحال فى المثانة . فقد رأيتها تفتح دفعتين. واحدى الدفعتين بيدى. كان مريض مصاباً بالزائدة و بعادة المورفين فستر المورفين المرض ولم يطلب الطبيب الاَّ بعد أن تكون خراج عظيم . كانت حالته شديدة جداً وكل ما أجريته هو شق صغير فى العانة وضعت فيهِ أنبوبة . ولاحظت فى اليوم التالى أن البول كان يخرج من الأنبوبة مع الصديد وربما التصقت قاعدة المثانة بالجدار البطنى فنالها المشراط فى أثناء الشق

أما المريض الثانى فقدكانت زائدته ملتصقة بجدار المثانة ، وقد تمزق أثناء استئصال الزائدة . ولوحظ التمزق ووضعت أنبوبة للتصفية . وامتنع البول بعد بضعة أيام . وشفى المريضان ولم يحدث عندهما شىء من أعراض الالتهاب المثانى

وقد دعيت مرة لرؤية مريض فتح له جراحه خراجاً زائدياً ووضعت له أنبوبة .

و بعد أن تحسنت حالته ورفعت الأنبوبة عاودتهُ الحمى وظهر عنده ورم التهابى فى الحفرة الحرقفية والقسم الخثلى اليسرى . فأجمع الجراحون الذين حضروا الاستشارة رأيهم على ضرورة فتح الحفرة الحرقفية لإخراج الصديد . وقد عرفت أن المثانة قد فتحت فى أثناء عمل الفتحات الضرورية . وصار يخرج البول من الجرح . وظهرت أعراض الالتهاب المثانى والالتهاب الحوضى الكلوى ومع هذا كله فقد شفى المريض

التصفيـة

لامحل للتردد فى عمل التصفية اذا كانت سبيلاً للسلامة . واتعلم أن على صغر الأنبوبة وسرعة رفعها يتوقف حسن أثرة الالتحام و يمتنع ظهور الفتق فى المستقبل . و يميل البعض الى استعمال الأنابيب الكبيرة الواسعة والى ابقائها طويلاً . وقلما يحتاج الجراح الى استعمال أنبوبة بقطر أطول من ثلث القيراط ، والى ابقائها مدة أطول من ستة أيام

المضاعفات بعد العملية

انتفاخ البطن أو الاستسقاء الطبلى

ان انتفاخ البطن من العواقب الشائعة بعد فتحه . فكلما استؤصلت الزائدة ، بل كلما فتح البطن لسبب ما نشأ شيء من الالتهاب البريتونى التكوينى تعمل الطبيعة على علاجه بالراحة التى تقتضيها أفعال منعكسة ووقف أنواع الهرمون التى تساعد على الحركة الدودية . فوقف الحركة الدودية من هذين السببين ينشأ عنهُ تمدد الامعاء تمدداً سريعاً بالغاز المتولد من التأثير البكتيرى من ركود محتوياتها . وهذا الانتفاخ مما يزعج المريض واذا لم يبادر الجراح الى علاجه ازداد وصار خطراً لما يحدثهُ من عوق القلب والتنفس ولما ينشأ عنهُ من امتصاص المواد التوكسينية من ركود محتويات الامعاء فيها فمن المهم معرفتك طريقة تقليل الانتفاخ وعلاجك اياه اذا ظهر. ولست أستطيع بيان ما للمطهرات المعوية من الفائدة ؛ لكن من الوسائل الوقائية المفيدة اطلاقك الامعاء قبل العمليــة ، والرفق بالبطن ومحتوياته فى أثناء العملية لتقليل الالتهاب البريتونى التكوينى، والحقن

بالتربنتينا بعد العملية بنحو أربع وعشرين ساعة ، واعادة الحقن عند الضرورة

والمعتاد أن تكفى هذه الوسائل . فاذا وجد شيء من الالتهاب البريتونى الموضعى أو العام لتلوث البطن ، أو إذا أعطى المريض شيئًا من المورفين فلا بد من الاستعانة بخلاصة الغدة النخاميــة حقنًا فى العضل كل ست ساعات حتى يزول الانتفاخ . أما استعمال الأنبوبة الشرجية لتخفيف هذا الانتفاخ بعد العملية فغير مجد ولا مبرر له لما تحدثه من الألم فى المريض – وقد طفح كيله – بإرسالك إياها فى الجزء العلوى من الشرج . هذا الى أنها كثيراً ما تصدها ثنية غشائية تمنع صعودها . فان استرسلت فى إدخالها بعد ذلك انعطفت على نفسها وأحدثت ألمًا شديداً .

وللمورفين تأثير عظيم فى الحركة الدودية فانهُ يقفها وخاصة إذا تهيأت الأسباب الأخرى للانتفاخ فلا بد من التدبر فى استعماله . ولقد دعيت ، ذات مرة ، لاستئصال الزائدة الدودية ، من مريض فى الريف ، ولقد تمت العملية من غير ما صعوبة . فتركت المريض تحت عناية طبيبه على أن يكلمنى بالمسرة (التليفون) إذا بدا عليه ما يستدعى استشارتى . فطلبت فى اليوم السابع فرأيته مريضًا جداً ، غير مستقار فى فراشه منخرط السحنة ، بنبض سريع دقيق ، وانتفاخ بطنى شديد . إنه لم يتبرز بعد العملية ، ولم يعط حقنة . وبجانب سريره قارورة فيها مزيج أبيض مكتوب عليها «جرعة كل أربع ساعات» مزيج أبيض وليته المزيج الأبيض ! كانت عناصره البزموت والأفيون ! وظل المريض ، الأسبوع كله ، وهو يتناول الجرع من المزيج الأبيض اللون ، الأسود التأثير ، مع جرع من زيت الخروع وأنواع أخرى من المسهلات وبالاختصار مات المريض ، والسبب على ما أعتقد الانتفاخ من وقف الحركة الدودية من المورفين ؛ ولست أدرى أكان عنده التهاب بريتونى ، فلم تشرح جثته .

النزف

فى التأريخ الطبى حادثة نزف مميت من الشريان الحرقفى بسبب ضغطه بأنبوبة التصفية ثم تقرحه من هذا الضغط . وربما كان ذلك من إبقاء الأنبوبة الطويلة زمنًا طويلاً ، أو من إبقائها طويلاً من غير تقصير .

ويروى أحد الجراحين أنه رأى النزف بعد العملية من الشريان الشراسيفى الغائر فى مريضتين كانت العملية قياسية لاستئصال الزائدة الدودية فى مريضة منهما . وأقفل البطن بعد الاستئصال بغير تصفية . عملت العملية فى الصباح واستدعى جراح آخر فى المساء للمريضة لتعذر الحصول على الجراح الذى أجرى العملية . فوجد المريضة شاحبة اللون ، قاقة ، مضطربة ، مما دل على نزف باطنى . وكان فى جدار البطن ورم دموى كبير . ففتح البطن ووجد الشريان الشراسيفى الغائر نازفاً .

والأوعية الشراسيفية الغائرة تحت العضلة المستقيمة البطنية مما يعرضها لخطر القطع بالمشراط أو المقراض . ومن السهل أن يتغاضى عنها بعد قطعها لوقف النزف وقوفاً وقتياً بضغط المبعد . هذا الى أنها قد تصاب بالإبرة أثناء خياطة البريتون

ويقول بعضهم إنه وان لم يَرَ حادثة نزف بعد العملية من شريان الزائدة إلاّ أن الخطر منه محتمل . وينصح بالفحص عن الأجزاء المتروكة بعد استئصال الزائده فحصاً دقيقاً للتأكد من ضبط الوعاء جيداً . وقد سمعت من جناب الدكتور هاستنجس [1] أن المأسوف عليه الدكتور وديع برباري بك قد أنقذ مريضاً قد أجريت له عملية الزائدة الدودية وكانت متقيحة إذ حدث عنده بعد العملية بقليل نزف من شريان الزائدة فأسعفه الدكتور بضبطه حينما كان الطبيب الأول لمستشفى الزقازيق وكان المريض من جنود الجيش البريطانى وقت الحرب الكبرى .

الالتهاب البريتونى

الالتهاب البريتونى الموضعى من تلوث الأجزاء التى تكتنف الزائدة منها كثير الوقوع بعد العملية . وما هو إلاَّ تمادى الالتهاب الذى كان قبل العملية . والمعتاد أنه يخف بعدها ، لكنه قد ينتشر ويؤدى الى خراج حوضى أو التهاب بريتونى عام . وينبغى للجراح أن يشتبه فى هذا الخراج إذا ظلت الحرارة مرتفعة وظل البطن منتفخاً ولم تنطلق الأمعاء . وإنه وإن يكن الألم قليلاً إلاَّ أن المريض يظهر عليه المرض ،

(١) Dr. Hastings – وهو بمصلحة الصحة العمومية ، وكان وقتئذ ، مديراً للمستشفيات

و يأخذه القئ أحياناً ، وقد يتعسر بوله . وخير ما يعمل هو استقراء الحالة بالفحص الشرجي أو المهبلى للكشف عن سبب بقاء هذه الأعراض .

والالتهاب البريتونى العام من المضاعفات النادرة عقب عملية استئصال الزائدة الدودية اذا أجراها الجراح مستكملاً الشروط العصرية الحديثة. على أن هذا الالتهاب العام قد يكون قبل العملية فلا يكون للجراح حيلة فى اتقائه بعد العملية

الانسداد المعوى

قد يحدث فى المستقبل البعيد بعد عملية الاستئصال، و يكون من انكماش الالتصاقات انكماشاً تدريجياً فينعطف المعى انعطافاً حاداً أو يختنق بلجام التصاقى . وهناك نوع آخر من الانسداد — وقد يكون جزئياً فى الأول — يأتى عاجلاً ؛ بل هو فى الحقيقة يبتدئ من تاريخ العملية . وهذا الانسداد كالذى يحدث فى المستقبل البعيد عن العملية أكثر ما ينتظر فى الأحوال التى يتكون فيها خراج و يحاول فيها الجراح العثور على الزائدة لاستئصالها سواء أنجح فى ذلك أم لم ينجح . و ينسب بعضهم هذا الانسداد الى عمل الجراح بيده فى أثناء العمـــل ، و ينصح بارجاع الجزء اللفائفى من الأمعاء والأعور فى مكانهما عقب استئصال الزائدة التى تكون ملتصقة خلف الأعور

التخثر والسدادة الرئوية

قد تطوى صحيفة المريض عقب عملية استئصال الزائدة بالتخثر فى احد الأوردة أو بسدادة رئوية كما تحدث هذه النهاية المؤلمة عقب أى عملية . وتنسب هذه المضاعفة الى عدوى خفية بالبذور العنقودية (الاستافيلوكوك) تنشر الى الأوردة الحرقفيـــة من فروعها وخاصة الوريد الشراسيفى الغائر . وتتقى هذه المضاعفة باتقان الصنعة . و يقال أن لتجويع المريض والاقتصار على الغذاء اللبنى بعض الشأن فى احداث التخثر وقد يساعد انخفاض الضغط الدموى على ذلك

ومن الأسباب ضغط الأنبوبة ضغطاً طويلاً بغير مبرر على الأوعية الحرقفية الظاهرة

السم الدموى الصديدى البابى

وشر من التخثر فى الأوردة العامة الالتهاب الوريدى العفن فى أوردة الزائدة مما ينشأ عن امتداد الالتهاب امتداداً مباشراً من الزائدة نفسها . وليس من النادر أن يشاهد الجراح التخثر فى الوريد المساريقى فى أثناء استئصال الزائدة مما يدل على أن السم الدموى الصديدى البابى لا يطرد فى الالتهاب الوريدى فى الوريد الرئيس للزائدة ، ومع ذلك فالخطر حقيق من انتقال السدادات العفنة الى الكبد حيث تحدث ظاهرة عفنة مميتة . والوسيلة الوحدة للتفصى من هذه المضاعفة هى وقائية بالعمل بدون ابطاء على استئصال الزائدة متى بدأ الالتهاب وعرف . وقد مرّ بك مثال ذلك

الناصور البرازى

قد يشاهد عقب العملية . ويكون من فقدان عص الزائدة والأعور ليونتهما فلا يتيسر للجراح قلب العص الى الداخل ، أو من حدوث انثقاب بالقرب من اتصال الزائدة بالأعور لم يستطع الجراح اقفاله للسبب عينه . واحيانًا يتأتى الناصور من تقرح المعى من ضغط انبوبة التصفية . وكيفما كان سبب الناصور فانه يلتئم التئامًا ذاتيًا ان لم يكن هناك انسداد فى المعي أسفل الناصور ولا بد من استثناء بعض الأحوال التى يكون سببها الفطر الشعاعي ، والتدرن ، أو السرطان . أما ما عدا ذلك فالالتئام ذاتى على نحو ما ذكرنا فلنتنبه

من العبث العابث محاولتك علاج ناصور برازى دائم باستجلاء المعى وسد الفتحة التى فيها بالغرز . فهو عمل لا فائدة فيه مطلقًا

واذا كان الناصور ناشئًا عن انسداد المعى اسفله فالواجب علاج هذا الانسداد بتقصير الأمعاء واستئصال الجزء الذى فيه الناصور

الناصور الغبر

الناصور الغبر[1] – قد يتخلف عن العملية ناصور غاز[2] يضيق به صدر المريض ويضيق به ذرع الجراح لأنه لايدرى ماذا عسى أن يفعل لمصلحة المريض لأنه لايودان يفتح البريتون بالقرب منه مخافة الالتهاب البريتونى. ولعل خير مايعمل هو اتقاء مثل هذا الناصور . ويتم ذلك بالاحتياط للأسباب الثلاثة التى قد ينشأ عن أحدها الناصور وهى:

(١) ابقاء الزائدة المريضة فى البطن

(٢) ابقاء كتلة برازية

(٣) أو وجود عقدة أو ربطة عفنة من مادة غير قابلة للامتصاص . فأما السببان الأخيران فممكن اتقاؤهما دائمًا أو غالبًا . أما السبب الأول فلا يمكن التغلب عليه دائمًا على أنه مما يدفع الجراح الى البحث عن الزائدة ولو كانت كافية فى تجويف من الصدر وليعلم أن هناك ظروفًا قد تدعوه الى الكف عنها مع ترقب المتاعب فى المستقبل

التهاب الزائدة المتكرر

أن الزائدة اذا أبقيت فتكرار التهابها أكثر وقوعًا من تركها ناصوراً دائمًا . فقد استأصل أحد الجراحين زائدة متكررة الالتهاب فى مريض ادعى أن زائدته قد استؤصلت . ولم تكن عمليته الأولى الا تصفية الخراج . وقد شفى بعد استئصالها . وهذه القصة تعلمنا أيضًا ألا نأخذ بجميع ما يقوله المريض

فتق أثرة الالتحام

كثيراً ما يخضع المريض لعملية ثانوية لعلاج الفتق المتخلف فى أثرة الالتحام . مما يكون عاراً عظيمًا على الجراحة العصرية . وذلك لقلة العناية الوقائية . وليس من الضرورى أن نترك المريض بفتق فى بطنه فى موضع اثرة الالتحام اذا عالجته لخراج زائدى. أما اذا لم تتقيح الزائدة فمن العار جداً حدوث الفتق . والاحتياطات الضرورية لاتقاء الفتق هى :

---

(١) الغبر هو الناصور الباقى المستديم (٢) هو الذى يسيل بما فيه

(١) خياطة حافات الصفاق خياطة محكمة

(٢) استعمال أنابيب للتصفية بحجم مناسب

(٣) التبكير فى رفع هذه الأنابيب

(٤) اتقاء الانتفاخ أو الاستسقاء الطبلى

الأحوال الشاذة الغريبة

كل جراح كثير العمليات لا بد أنه شاهد من وقت لآخر مرضى بما ظنه التهابًا فى الزائدة الدودية من غير شك ثم ظهر بعد فتح بطنهم انهم مصابون بأمراض غريبة شاذة مختلفة اختلافًا عظيمًا عن التهاب الزائدة واليك مثالاً :

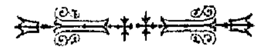
كان المريض من البرازيل . وعمره ١٨ سنة وتاريخ المرض هو شعوره بألم فى الجزء الحرقفى الايمن منذ ١٠ أيام ، وحمى ، وقىء أحيانًا وفى أول يوم شاهده فيه جراحه أخذته قشعريرة وكانت حرارته ساعة العيادة ٩٩٫٦ فارنهيت . ودلت هيئته على مرضه وكان عنده يبس فى عضلات البطن ، وورم فيه مضاضة فى قسم الزائدة . وكان التشخيص التهاب الزائدة . وأجريت له العملية فى مساء اليوم . وقد وجدت الزائدة سليمة لاشية فيها . لكن وجد ورم صلب مستدير ثابت فى الزاوية مابين اللفائفى والقولون الصاعد ، وكانا ملتصقين بالورم وكل ذلك مندمج فى الأعور . وشوهدت سلسلة من الغدد اللمفاوية الصلبة ، ممتدة من الورم فى طول الأوعية اللفائفية القولونية . وكانت هذه الغدد كبيرة بالقرب من الورم وصارت تصغر بالتدريج كلما بعدت عنهُ . فظن أن الورم خبيث فاستأصله الجراح بالجزء السفلى من اللفائفى والأعور ، والقولون الصاعد ، وجزء من القولون المستعرض ، واستخرج أيضًا جميع الغدد التى فيها ضخامة ، ثم وصل باقى اللفائفى بباقى القولون المستعرض . وسار المريض بعد ذلك كله الى الشفاء حثيثًا . وبالفحص عن الورم والغدد فحصًا باتولوجيًا اتضح أن الورم التهابى ، وكذلك الغدد ، وان ليس هنالك ما يدل على أن الالتهاب درنى أو أن الورم خبيث . وقد احتوى الأعور على ديدان خيطية لعلها هى السبب فى الالتهاب

وفى مريض آخر حسبت الكبد البارزة المصحوبة بانسكاب تأمورى أنها خراج زائدى ولم يعرف الالتهاب التأمورى الاّ بعد فتح البطن بغير فائدة

ومما حسب خطأ أنهُ التهاب فى الزائدة ولم يعرف الا بعد فتح البطن الانغماد المعوى المتغنغر، وسرطان الأعور، والكيس المساريقى المتقيح، والتقرح المزمن فى الفولون الصاعد

وان تعجب من ذلك فعجب أن تعرف انى قد فتحت البطن، ذات مرة، على زعم أن المرض التهاب فى الزائدة. فلما تغلغلت فى العمل ووجدت أن الزائدة والأعور وجزء من اللفائفى كل ذلك ملتهب ملتصق، و بالقرب منه غدد لمفاوية عديدة ظننت أن المرض سرطان واستأصلت الأجزاء المئوفة. وهل تدرى ماذا كان التشخيص الباتولوجى الذى لا جدال فيه؟ قروح بلهارسية فى الأعور والقولون الصاعد.

والذى يستفاد من هذه الأمثلة الشاذة ألا يجرؤ الجراح على عملية استئصال الزائدة الا وهو على استعداد لمصادفة مثل هذه الأحوال الغريبة والعمل على علاجها حسبما تقتضيه ظروف الأحوال



الفصل الرابع عشر

الاحتباس المعوى

التشخيص — لا يقتصر تشخيص الانسداد المعوى على معرفة الانسداد المعوى فحسب، بل لا بد أن يتضمن ما يأتى:

أولاً — تمييز الانسداد فى سير المحتويات المعوية أهو كلى أم جزئى

ثانيًا — تقرير موضع الانسداد

ثالثًا — استجلاء طبيعة الاصابة التى نشأ عنها وقف المحتويات المعوية

وقد لا يتيسر التشخيص بهذا التوسع الا بعد فتح البطن ولا تحسبن أن ذلك مما يمنع الجراح أن يتوسع ما استطاع الى ذلك سبيلاً قبل اجراء العملية . ولتعلم أن اكثر الأغلاط فى العلاج تنشأ إما عن عدم ملاحظة الجراح بعض علامات وأعراض مهمة و إما عن عدم حذقه فى تأويل هذه العلامات والأعراض اذا لاحظها . ولذلك كان من الضرورى النظر فى هذه العلامات والأعراض علامة علامة وعرضًا عرضًا . ثم تحليلها لاستخراج مدلولها

القئ

من لوازم الانسداد المعوى التام غالبًا على غير ما هى الحال اذا ترقبه الجراح كما يحدث أحيانًا . ويكون غزيراً متكرراً — بشرط عدم استعمال المخدرات — وكذلك يكون مميزاً لدرجة ما .

والمعتاد أن تقذف محتويات المعدة ، أولاً ثم يصير القئ صفراويًا ، فبنيًا ، ثم بلون البراز . ولتعلم أن هذا التغيير التدريجى فى خواص القئ مما يساعد على التشخيص ، وعليك تفهيم ذلك للممرض أو الممرضة أو ذوى المريض لكى يحرصوا على عينة منه ليفحص عنها الطبيب بنفسه . فاذا كان الانسداد فى الجزء العلوى من الامعاء فالقئ

لا يمكن أن يصل الدور الذى يكون فيه برازى الشكل لأسباب ظاهرة . على أن الانسداد أكثر ما يحدث فى مواضع من السفل بحيث تسمح للقىء أن يتخذ الشكل البرازى . ولست بحاجة إلى أن اذكر أن الواجب على الجراح أن يتعرف التشخيص قبل أن يصل القىء إلى هذا الدور مستعيناً بغزارة مواد القىء و بالتغيير التدريجى فى المواد المقذوفة

ومن المهم معرفة زمن ظهور القىء . فاذا ظهر مبكراً دل على أن الانسداد إما فى الجزء العلوى من الأمعاء و إما أن السبب الذى أحدث الانسداد حاد كاختناق الفتق مثلاً على غير ما هى الحال فى الانسداد الناشىء عن ضيق فى المعى بورم . فكل قىء مبكر فى مريض بانسداد فجائى لم يكن عنده أوجاع سابقة دليل على انسداد بسبب حاد أو انسداد فى الجزء العلوى من الأمعاء

المغص

من الأعراض الدالة على انسداد الأمعاء وكثيراً ما تكون الآلام المغصية العرض الوحيد الذى يستدل به على الانسداد الجزئي . ويختلف الألم المغصى المتقطع عن الألم المستمر فى الإلتهاب البريتونى اختلافاً عظيماً . وما المغص الاّ حركات دودية قوية بغير فائدة على غير ما هى الحال فى الالتهاب البريتوني اذ تقف فيه هذه الحركات كما أسلفنا

ولتذكر، أيها الجراح، مغص السم الرصاصى، ومغص التابس الظهرى، والمغص الكلوى وغير ذلك من الآفات التى تكون خارج البطن ، وفى كل أولئك يمكنك استجلاء شواهد أخرى على السبب الحقيقى للمغص بينما ينقصك سائر الأعراض وعلامات الانسداد

وجدير بك أن تعرف أن المرضى المصابين بانسداد جزئى فى أمعائهم كثيراً ما يقولون لك إن تناولهم الملينات يزيد المغص عندهم ولذلك يفضلون الامساك . وحقيق بك أن تعنى بمثل هذا التاريخ إذا سمعته من المريض لاتهام حالته بالانسداد .

الامساك

يكون الإمساك عادة كاملاً إلاّ اذا كان الانسداد جزئيًا، وحتى أنه إذا كان الانسداد فى الجزء العلوى فان الجزء السفلى من الأمعاء يكون خاليًا حينما يدعى الجراح لعيادة المريض فلا تخرج الحقنة الشرجية برازاً ولا أرياحًا . على أن هذه القاعده لا تطرد . فقد روى أحد الجراحين أنه حقن المريضة حقنًا شرجيًا أربع دفعات وكانت تخرج فى كل دفعة مواد برازية جامدة . وكانت المريضة فتاة فى السادسة عشرة من عمرها ومصابة بتغمد معوى فى الجزء السفلى من المعى اللفائفى . وكان عند المريضة إمساك مزمن من قبل مما أضل الجراح فى تشخيصه إذ زعم أنها مصابة بامساك شديد وفوت الفرصة التى كان يمكن فيها رد التغمد لأنه أرجأ العملية ثلاثة أيام . وقال إن غلطته نشأت عن اهتمامه بعرض أو عرضين بدلاً من اهتمامه بجميع الأعراض والعلامات صبرة . ثم استأنف قائلاً : إن عذاب ضميره كان يكون شديداً لولا أن الله قد من عليها بالشفاء

وإنه وإن كان من الممكن الخطأ فى مدلول الحقنة الشرجية التى تعمل على سبيل الاختبار كما حدث فى المشاهدة التى ذكرت إلاّ أن من الضرورى عدم اهمالك إياها لأنها دليل نافع فى مجموع الأحوال

وفى الانسداد الجزئى فى الجزء السفلى من الأمعاء الغليظة يدل التاريخ على إمساك متزايد

وقد يتناوب الإمساك والإسهال . وقد يثبت التاريخ الإسهال فقط ؛ وتغلب الإصابة وقتئذ فى المستقيم . ويروى بعضهم أنه شاهد مريضين مصابين بسرطان فى المستقيم أضل تاريخ الإسهال عندهما الجراح فلم يفحص عن المستقيم ، بل لم يتهمه بالسرطان زمنًا طويلاً

ومن الملاحظ أن المريض بالانسداد فى الأمعاء الغليظة قد يمكنه أن يعين لك موضع الانسداد مما لا يتفق له إذا كان الانسداد فى الأمعاء الدقيقة . فلتتنبه الى هذه الحقيقة .

الاستسقاء الطبلي في البطن

علامة على تأخير سير المواد الهضمية فى الامعاء . وقد يكون هذا التأخير عن أسباب أخرى غير الانسداد كوقوف الحركة الدودية من الالتهاب البريتونى مثلاً . على أن هذه العلامة لها شأنها . ويلزم أن نرتاب فى وجود الانسداد إذا لم يتضح شيء من الاستسقاء الطبلى ، أما الاستسقاء الطبلى المصحوب بحركات دودية عنيفة لا تخففة فما يدل على الانسداد . ولتعلم أن الانتفاخ الطبلى مما يعوق الإجراءات العملية التى يراد اتخاذها ولذلك يحسن تعرفه بأقرب ما يمكن للعمل على تخفيفه فى الوقت المناسب

الحركات الدودية العنيفة

هى من أحسن العلامات للتمييز بين الانسداد المعوى والالتهاب البريتونى ، فالبطن الصائت ذو القراقر غير البطن الصامت . وفى النحيف من المرضى الذين هم مصابون بشيء من الانسداد الجزئى يبدو تقلب الريح فى الأمعاء بالحركات الدودية العنيفة التى تمكن مشاهدتها غالبًا و يسهل جسها . ولعلها تساعد على تعيين موضع الانسداد ولو لم يكن هناك ورم فى البطن

الورم المحسوس فى البطن

من أوثق العلامات على موضع الانسداد ، ويجب الفحص عنه فى كل مريض . وان لم ينكشف الورم قبل العملية ينبغى للجراح أن يجس البطن بعد تخدير المريض وهو على منضدة العمليات ، وقبل شق البطن . والفحص الشرجي لازم فى كل حال

مضاضة البطن ويبس العضلات

من العلامات التى يجب استقراؤها . وكلاهما مما يشاهد فى الانسداد والالتهاب البريتونى؛ على أنهما فى الالتهاب أشد منهما فى الانسداد. أما المضاضة الموضعية واليبس الموضعي فأقرب حدوثًا وأكثر دلالة على موضع الانسداد الحقيقي .

النبض والحرارة

كلاهما من الوسائل التى يميز بها الجراح بين الانسداد والالتهاب البريتونى . فنى الانسداد لا يزداد النبض إلا فى الأدوار الأخيرة ويكون غالبًا شاهقًا لينًا . أما فى الالتهاب البريتونى فيكون سريعًا خيطيًا وقد ترتفع الحرارة فى الانسداد وهى غالبًا فى الانسداد أدنى منها فى الالتهاب البريتونى

التاريخ

له شأن عظيم فى إرشادنا الى الانسداد والى طبيعة سببه . فهو ، إذا حدث فجائيًا بغير اعراض سابقة ، دليل على إصابة حادة كاختناق الامعاء . فان دل التاريخ على إمساك حديث ، وآلام مغصية متكررة ، أو اسهال فقد نهتدى به الى تتبع الرأى الصواب فى المرض

البحث بالاشعة

هو أنفع ما يكون فى الانسداد الجزئى لتوضيح مكان الانسداد . وإياك أن تهمله إلا اذا استطعت الوقوف على موضعه بغيره من الوسائل . هذا الى أنه مما يساعد على التمييز بين الانسداد الحقيقى فى الامعاء بسبب آفة معينة وبين أحوال أخرى تكون صورتها الاكلينيكية قريبة المشابهة بالانسداد كالالتهاب البريتونى الدرنى وسقوط الأحشاء البطنية

اغلاط التشخيص

قد فصلنا علامات الانسداد المعوى وأعراضه لأن اكثر ما يقترف من الأغلاط إنما يكون من اهمال القواعد التى أشرنا اليها

هذا الى أن الجراح قد يكون على صواب فى رأيه بأن المريض مصاب بانسداد معوى ، وقاما يغنى ذلك ان لم يحاول معرفة طبيعة الانسداد وموضعه بالتقريب قبل العملية ؛ لأنهُ ان لم يحاول ذلك صارت العملية فوضى بلا ترتيب ولا نظام ونأى[١] بها الجراح عن فنه . ودونك مثلاً يوضح لك ما أريد :

(١) أى بعد

دخل فى المستشفى ، مريض بعلامات انسداد معوى نشأ تدريجا ، وصار ، أخيراً كاملاً تقريباً . ولسبب ما زعم الجراح أن الانسداد فى الجزء السفلى من الامعاء الغليظة فعمد الى اجراء عملية شق القولون فى الأربية اليسرى ؛ لشدة المرض والانتفاخ . فلم يستطع أن يخفف عن مريضه . ففكر فى فتح البطن فى الخط المتوسط ، فوجد أن المرض فيالقولون المستعرض، ولجأ أخيراً الىشق الأعور ، وأقفل البطن. فتلوث الجرح المتوسط ، وتكون ناصور برازى فيه ، وكانت حالة المريض ،أخيراً ، مما يرثى لها لوجود ثلاثة نواصير معوية بينما أن المرض الأصلى لا يزال باقيًا على حاله

ومما يصعب اتقاؤه من الخطأ هو ألا يحسن الجراح تأويل طبيعة الاصابة فلا يعرفها كنه المعرفة بعد استجلائها بالعملية وتبين موضعها تمامًا

فالتهاب محيط القولون[١] الناشىء عما يسمى بالالتهاب الردبى[٢] قد يلابس[٣] كثيراً بالورم الخبيث ، فيحسب أنه أبعد من أن يعالج بالاستئصال . وسبيل التحرز من هذا الخطأ معرفتك ، أولاً ، أن الالتهاب الردبى قد يحدث ورمًا فى المعى قريب المشابهة بالسرطان ، ثم معرفتك، ثانيًا ، شكل الالتهاب الردبى والسرطان حق المعرفة بالعين العارية

الالتهاب الردبى أو كما يسميه بعضهم التهاب الزائدة فى الجهة اليسرى مرض ينشأ عن التهاب تمددات كيسية تنمو من القولون النازل فى الجهة اليسرى وتكون ذات فتحات صغيرة فى السطح الباطن من القولون . فاذا نظرت الى باطن الأمعاء وجدته مثقوبًا بثقوب كثيرة تمر فيها الأصبع الصغيرة ، ولكل تمدد زائدة ثربية متصلة بطرفه وهذه التمددات تلتهب كما تلتهب الزائدة الدودية . ولعل التهابها ينشأ عن الامساك المستمر المصحوب بالتهاب قولونى مزمن . أما أعراض الالتهاب الردبى فخير ما يذكرك بها التسمية التهكمية بالتهاب الزائدة الدودية فى الجهة اليسرى . فأعراضه أعراض التهاب الزائدة الدودية ، وعلاماته علامات التهاب الزائدة الدودية ، ولكن فى الجهة

---

(١) التهاب محيط القولون هو ما يسمى بالانكليزية Pericolitis

(٢) الالتهاب الردبى هو ما يسمى بالانكليزية .Diverticulitis

(٣) يختلط

اليسرى . وأحياناً يتولد عنه خراج حاد يحتاج الى التوسط الجراحي . وتارة يأتى الالتهاب حاداً ، ثم يزول بغير تقيح ، كما يحدث فى التهاب الزائدة الدودية ، فيعترى المريض ألم حاد شديد فى الجهة اليسرى ، ويأخذه القيء ، ولا يستطيع المشى فيرقد فى سريره . ويرتفع نبضه . وترتفع حرارته ، وتضعف شهوته للطعام ، ويتسخ لسانه ويكون المريض مصاباً بامساك أو باسهال وقد يتناوبان . وتزداد مرات البول ؛ لأنهُ اذا تجمع فى المثانة زاد الألم . وموضعياً توجد مضاضة باللمس ، ويبس فى العضلات فى المربع الأيسر الأسفل من البطن حيث توجد مقاومة محسوسة بالجس ، وقد يوجد ورم غير محدود

ولقد مرَّ بك ما ذكرت من أن الاسهـــال المزمن الناشيء عن ضيق خبيث فى المستقيم ، فى مريضين ، لم يدفع طبيبهما المعالج الى اتهام المستقيم بورم خبيث . واليك مشاهــدة :

بدأ مريض يشكو ، قريباً ، من امساك مغصى فى البطن . وبالاستفهام قال إنه شعر بأن المحتويات المعوية تقف فى موضع معين فى الحفرة الحرقفية اليسرى . وكذلك قال بأن الملينات كانت تزيد المغص . وبالرغم من أن الجراح الذى رآه مع طبيبه نصح له بالخضوع للعملية فانهُ لم يتضعضع لها الا بعد بضعة أشهر إذ صار الانسداد كاملا . لقد كان عنده ورم خبيث فى الانثناء السينى ، وفاتت فرصة استئصاله بتأخير استئصاله

علاج الانسداد المعوى

للجراح فى علاج الانسداد المعوى غرضان : استئصال السبب ، وتصفية الامعاء المنتفخة بأسرع ما يمكن لنشل المريض من التوكسيميا التى تهدد حياته

وقد يتيسر للجراح فى بعض أحوال معينة ، اتمام هذين الغرضين معاً . ويكون ذلك فى الأحوال الحادة التى يشخصها الجراح سريعاً فيسعفها بالعملية قبل أن يعرض للامعاء أعلى الانسداد ما يحرمها قوة دفع المحتويات المعوية بالحركات الدودية بعد ازاله سبب الانسداد

وهذه هى الأحوال المرضية . وا كثر ما تكون فى الفتق المختنق ، والانسداد برباط واحد أو بأربطة صغيرة ، وقد تكون فى الانسداد بحصاة الكبد و بالحصاة المعوية و بالأجسام الغريبة المبلوعة ، وحقيق بى أن أذكرك ، أيها الجراح ، بكلمتين بشأن الأجسام الغريبة

فأما الكلمة الأولى فهى ضرورة إزاحة الجسم الغريب إلى موضع أسفل من موضعه حيث يكون المعى سليماً ، فيعمل الشق لاستخراجه . وحوشيت[1] أن تنسى أن من الخطأ قطعك على الجسم الغريب فى موضعه مباشرة الا حيث لا يمكن ازاحته الى الأسفل ، لأن المعى فى موضع الجسم الغريب وأعلى منه لا يعد سليماً لائقاً للشق. وأما الكلمة الثانية فبشأن الأجسام الغريبة التى تقف عند الصمام اللفائفى الأعورى ، كما يحدث كثيراً ، وعليك ، ههنا ، أن تدفعها الى الأعور . والاّ تعمل الشق الا بعد فشلك فى ارسالها الى الأعور

ولنتكلم ، الآن ، على تلك الأحوال التى يتيسر فيها للجراح ان يستأصل سبب الانسداد بعد أن تتلف الأمعاء أعلاه من طول الانتفاخ بالمواد السامة وتبطل الحركة الدودية فلا تقوى على دفع المحتويات المعوية . وقتئذ يجب اخلاء الأمعاء المشلولة ولهذا الغرض ، يمكن أن يشق الجدار المعوى ، وتستفرغ المحتويات ، ثم يخيط الشق . وعيب هذه الطريقة أن الأمعاء تنتفخ سريعاً ، وان الشق عمل فى منسوج معوى تالف غير سليم . ولا جدال فى أن العيب عائب ، وعائب جداً . وعلى ذلك فالأمثل تهيئة التصفية المعوية لكيلا تتوانى المحتويات فى الخروج فيخف عن الأمعاء العبء السام. والطريقة أن توضع أنبوبة من المطاط بقطر لا يزيد عن نصف القيراط وتثبت فى الأمعاء، ثم فى فتحة تعمل بغوص[2] المشرط، بعيداً عن جرح العملية . وحاشا أن تنسى ما يجب عليك من العناية للتحرز من تلوث الجرح الأصلى بما يخرج من الجرح الآخر الذى فيه الأنبوبة . على أن هذه الطريقة لا تخلو أيضاً من العيب لعمل ناصور متصل بالمعي الدقيق على أن الناصور أخف ضرراً لأن الجراح انما يعالج ههنا مريضاً يكتنفه

---

(١) نزهت (٢) غوص اى طعن

الخطر لتأخر التشخيص وفوات الوقت الذى كان يكون فيه أقرب الى السلامة . وللوصول اليها لا بد للجراح من السلوك فى هذا الطريق الوعر . هذا الى أن أغلب الأحوال التى يتأخر فيها التشخيص هى التى يكون فيها الانسداد فى الجزء الأسفل من الأمعاء ولا سيما الأمعاء الغليظة ، وينسب التأخير الى طول الزمن الكامن وبطء ظهور الأعراض المميزة مما يغلب فى الانسداد فى الجزء الأسفل . وعلى ذلك تكون التصفية التى يراد عملها فى الأعور أكثر منها فى المعى الدقيق وليس الاعتراض على فتح الأعور وجيهاً

ويغلب أن يكون الانسداد الذى فى الأمعاء مما يقتضى علاجًا له استئصال جزء من المعى ، وعلى الجراح أن يقرر أيعمل مباشرة ،

(١) الاستئصال ، ثم الوصل بغير تصفية

(٢) أو الاستئصال ثم الوصل مباشرة ، بتصفية

(٣) أو الاستئصال ، ثم التصفية ، بغير وصل مباشرة

(٤) أو التصفية

(٥) أو الوصل فقط ، وارجاء الاستئصال ، أى تقصير الأمعاء ، والالتجاء الى الاستئصال فى المستقبل

(١) فأما أحوال الانسداد التى تصلح للاستئصال المباشر والوصل بغير تصفية فهى أحوال الانسداد الغير الكامل ، وأحوال الانسداد الكامل فى المعى الدقيق . والرأى أن تستأصل من الأمعاء المنتفخة أعلى الانسداد كلما ظهر عليه العطب والتلف . فلا يكفى أن تستأصل الجزء المتغنغر فقط فى فتق مختنق مهمل مثلا . فعليك أن تستأصل الجزء التالف المتمدد من الأمعاء أعلى الانسداد

(٢) وأكثر أحوال الانسداد الكامل فى المعى الغليظ يناسبه الاستئصال فالوصل مع التصفية . فاذا كان هنالك ، مثلاً ، ورم فى القولون المستعرض وكانت حالة المريض غير رديئة جداً عمل الاستئصال فالوصل فتصفية الأعور بانبوبة من المطاط . وهذه الطريقة أفضل من

(٣) الاستئصال والتصفية لوضع أنبوبة فى الطرف المفتوح من الأمعاء لأنك تحتاج الى عملية أخرى لسد الشرج الصناعى . وقد يكون من الصعب الوصول الى نتيجة مرضية . فاذا كانت هناك أسباب تحول دون الاستئصال ثم الوصل المباشر فالأفضل الالتجاء الى

(٤) شق الأعور وارجاء الاستئصال حتى تتحسن الحالة الموضعية والعمومية .

والقواعد الأساسية التى يبنى عليها العمل هى :

أولاً – تهيئة الوسائل للأمعاء المنتفخة لكى تتخلص من محتوياتها فاذا طال الانسداد وبطلت الحركة الدودية ، ولم تقو الأمعاء على فصل المحتويات فالتصفية ضرورية

وثانياً – معرفتك أن الأمعاء المنتفخة أعلى الانسداد لمسافة ما غير سليمة ويكون منسوجها غير مناسب للأغراض الجراحية

(٥) أما تقصير الأمعاء بغير استئصال فوسيلة غير مرضية لتخفيف الانسداد لتركها كيساً من الأمعاء حشوه مواد شديدة السم . وبالاختصار لا تؤدى هذه الطريقة إلى الغرض الذى يرجوه الجراح

صعوبات الوصل المعوى وأغلاطه

الوصل الجانبى – يفضل الوصل الجانبى عن الوصل الطرفى . وليترك النوع الأخير للخبيرين فان نتائجه حتى من أيديهم تكون أقل شأناً . ومن عيوب الوصل الطرفى صعوبتها ، ونضحها ؛ وهو أكثر فى الوصل الطرفى منه فى الوصل الجانبى ، وحدوث شىء من الضيق فى المعى . ويستحيل اتقاء هذا الضيق الذى يكون غالباً كافياً لإحداث متاعب قابلة . أما أحوال الوصل الجانبى فقد تعقبها بعضهم سنين كثيرة سواء أكانت فى المعى الدقيق أم فى المعى الغليظ ولم ير منها علامة على الانسداد الجزئى أو عرضاً رديئاً

واذا أتقن عمل الوصل الجانبي فالاغلب عدم نضح الامعاء فى موضع الوصل ، وانما يكون النضح فى الطرف المقطوع من الامعاء فى موضع الاستئصال . ولهذا يلزم سد كل من الطرفين المقطوعين بخياطة دائرية ، أولا ، ثم يقلب الطرف الى الداخل ،

و يعمل صفان من الخياطة المستمرة بطريقة لمبرت . و بذلك يؤمن النضح . ويجب أن يعمل الوصل الجانبى طويلاً مخافة الضيق ، فلا يكون الشق فى المعى أقل من قيراطين ونصف . ويلزم أن يكون الوصل بالقرب جداً من الطرفين المقطوعين لكيلا يترك جزء أعور فى كل ناحية قد تتراكم فيه المواد البرازية

ومن دقائق الصنعة التى لا بأس من ذكرها بشأن الاستئصال المعوى هو وضع الجفوت الضاغطة على الامعاء على مسافة بعيدة عن موضع القطع لكى تسهل الخياطة قبل رفع الجفوت

ومن الضرورى ، فى كل الأحوال، سد الفتحة التى فى المساريقا عقب اتمام الوصل بعد الاستئصال . فان لم تسد الفتحة فالخطر قريب من مرور بعض عروات المعى فى الفتحة وحدوث الانسداد المعوى

الشرج الصناعى والشق القولونى

اذا كان الجراح على وشك احداث فتحة ناصورية فى المعى للتصفية فعليه أن يتحرى أهذه الفتحة وقتية أم دائمة لأن طبيعـة الحالة تقتضى ذلك . فان كانت الفتحة وقتية فعليه ألاَّ يخرج شيئًا من المعى خارج الجرح الذى فى جدار البطن لأنه اذا عمل الفتحة وكل محيط المعى داخل البطن فالفتحة تنسد من نفسهـا متى لم يكن هناك انسداد أسفل الفتحة

أما اذا كان الغرض عمل شرج صناعى دائم فليخرج عروة من المعى كاملة من جرح البطن لكى يخرج من الفتحة كل ما يمرُّ فى القناة المعوية دون أن ينتقل منه شىء الى المعى أسفل الفتحة فتحدث عند المريض تعباً . والطريقة أن تستخرج عروة معوية من الجرح وتثبت بتمرير مرود من الزجاج خلال المساريقا ، وابقاء المرود الى أن تتم الالتصاقات . وهناك خطر غريب فى هذه العملية ، وهو خطر من السهل التحرز منه وهو تمزق المساريقا القولونية القصيرة إما فى أثناء العملية و إما بعدها من الاستسقاء الطبلى وقد رأى بعضهم مريضًا فى المشرحة بسبب هـذه الحادثة . ولاتقائها يلزم أن يشق

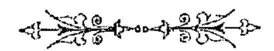
المساريقا، ان لم يكن طويلاً، شقاً قريباً من القولون وموازياً له وبطول يكفى لاستخراج عروة معوية بغير خطر من التوتر. ومن المتاعب ما يحدث بعمل الشرج الصناعى الدائم قريباً من الشوكة الحرقفية الأنسية العليا فيصعب ضبط الشرج بحزام الشق القولونى. ويحسن عمل الشق القولونى، فى كل حالة، خلال العضلة المستقيمة، فذلك خير من عمله فى وضع جانبى.

ويمنع سقوط المعى فى المستقبل خلال الشرج الصناعى بما يأتى :

(١) يجذب المعى الى الخارج أوان العملية لكيلا تبقى عروة سائبة أعلى فتحة الشق

(٢) وبخياطة طبقات جدار البطن خياطة محكمة لكيلا تبرز أثرة الالتحـام فى المستقبل، ولكى لا يبقى الا ممر صغير خلال الجدار البطنى

ولا بد من ذكر الخطر الذى يحدث من استنشاق المريض مواد القئ وهو تحت تأثير المخدر، فى عمليات الانسداد المعوى. وما أنسَ لا أنسَ مريضاً عملت له عملية التغمد المعوى. وكان الجراح ماهراً سريعاً فلم يستغرق فيها أكثر من ثلث ساعة فحدث عند المريض قئ، والجراح يضمد الجرح، فاستنشقه المريض مختنقاً على منضدة العمليات. حدثت هذه الحادثة وأنا طبيب امتياز بمستشفى قصر العينى. وأضمن وسيلة لاتقاء هذه الحادثة الموبقة غسلك المعدة قبل العملية واستعانتك بنوم خبير.



الفصل الخامس عشر

عمليات المعدة

أن من شروط فلاح الجراح وفوزه العقل الراجح والذهن الحاضر . وهناك ، لا شك ، درجات بين العقل الراجح والعقل الرقيق . ودرسك التاريخ الحديث لجراحة المعدة يبين لك أن الجراحين ذوى العقل الرقيق هم الأكثرون . ذلك لأن جدول الأغلاط فى جراحة المعدة عجب عجب ، لا لكثرتها فحسب ، بل ولسخافتها . وأكثر هذه الأغلاط راجع الى عمل الوصل المعدى المعوى لتخفيف القىء أو لاعراض أخرى بغير تدبر الظروف الخاصة . فمن الصحيح أن القىء الدائم يمكن شفاؤه ، فى بعض ظروف معينة بعملية الوصل المعدى المعوى اذا عملت بحذق واتقان . فاتباع هذه الحقيقة مع تناسى الظروف الخاصة هو سبب اكبر عدد من الأغلاط الشائنة فى الجراحة المعدية .

أتعلم أن المرضى بالقىء الناشىء عن السم البولى ، والمغص الرصاصى ، والتابس الظهرى ، وورم المخ ، والأنيورزم الصدرى ، والحمل فى أوله ، والتهاب الزائدة المزمن والتهاب المرارة ، وحموضة الدم ، ومرض ما نيير ، والسل الرئوى ، وضيق مجرى البول ، والهستيريا ، وحتى القىء الذى يحرضه المريض بأصبعه ، أتعلم أن كل أولئك الأنواع قد حسبت مرضاً فى المعدة فعملت لها عملية فى أغلب الأحوال

وهنالك آفتان فى المعدة تستدعيان الوصل المعدى الصائمى ، وهما الانسداد المعدى والقرحة العفجية . والغرض من العملية هو السماح لمحتويات المعدة بالمرور مباشرة الى الصائم ، وذلك أما لعدم سهولة المرور بالطريق الطبعى بانسداد ما ، وإما ارادة تجاوز المحتويات المعدية العفج لوجود قرحة فيه

إن الانسداد البوابى يحدث ألماً ، وتمدداً فى المعدة ، وقياً ، وهزالاً ، فاذا غاب عرض من هذه الأعراض فلتكن اشارتك بالعملية بكل تؤدة ورزانة . ولا تنس أن

يكون الفحص عن المريض كاملاً . وكلما قلت العلامات التى وجدتها بالفحص اشتدت حاجتك الى زيادة الفحص . وحتى اذا قويت الشواهد على مرض المعدة فلا تهمل الطرق الاكلينيكية التى تزيدك نوراً على نور . ومن هذه الطرق الفحص بالأشعة بعد طعام الباريوم ، والفحص عن محتويات المعدة . ولتعلم أن الفحص بالأشعة ضرورى وأن الفحص عن محتويات المعدة ، وان يكن أقل فائدة إلاّ أن التغاضى عنهُ لا يكون مأمون العواقب فزيادة حامض الهدروكلوريك ، مثلاً وان لم يكن برهاناً على قرحة غير خبيثة إلاّ انها علامة عظيمة عليها

وان لم تكن لدينا المعلومات كافية شافية بشأن حامض الهدروكلوريك فى المعدة فقد تقع فى حيرة شديدة بعد فتحها ، ولا يبعد أن تستأصل جزءاً كبيراً من معدة المريض بغير مبرر اذ تكون القرحة بسيطة يمكن علاجها بوسائل أخرى كما لا يبعد ، من الجهة الأخرى ، أن نتردد فى استئصال جزء من المعدة اذ يكون المرض حديثاً فى أول ظهوره

واذا عرفت أن الجراح لا يستطيع إلاَّ أن يخمن على التشخيص الصواب حسب ظنه ، فهو ، لا شك ، مخمن عليهِ خطأ اذا لم يستجمع كل العلامات المؤكدة

وقد يكون اكثر الزلل ، فى الجراحة العصرية ، من اهمالك العمل متعاوناً مع غيرك وبعبارة أخرى قد يريد الجراح أن يدرك كل حاجتهِ بنفسه . وليس هذا من أصالة الرأى ؛ لأن مصلحة المريض تقتضى تعاون جملة أفراد وتآزرهم . فالمصلحة تستدعى أن يعمل ، مع الجراح ، الطبيب ، والباتولوجى ، والمتوفر على الأشعة ، والمخدر ، والمساعد . ولا بأس أن يدعى من يريد من الجراحين القدح المعلى واليد الطولى

القىء

خواص القىء الناشىء عن الانسداد البوابى هى غزارته وكونه اتفاقياً . فاذا كان القىء مراراً فى اليوم ؛ أو اذا كان مقدار القىء فى حالة قىء دائم قليلاً فى كل دفعة فعجب أن يجد الانسان انسداداً فى فتحة البواب . واليك مثلاً يوضح خطر تجاهل هذه القواعد

و يبين لك ما عسى أن يحدث اذا أشار الجراح بأجراء العمليـة ولما يكن الفحص الاكلينيكى كاملاً :

استشار جراحاً مريض بقيء مستمر وقد أجريت لهُ عملية الوصل المعدى المعوى قبل الاستشارة بستة أسابيع ، بغير فائدة . و بالاستفهام اتضح للجراح أن القيء كان يحدث فى أثناء الطعام أو بعده مباشرة . ولم يكن ما يقذفه الاَّ ما يبلعه ملءَ فمه بضع مرات . ولم يكن القيءُ ليحرق حلقه . وظهر من الفحص عن صدره انهُ مصاب بأنيورزم صدرى عظيم . ولم يكن القيءُ الاَّ تبجس الطعام من انضغاط المريءْ

والامثلة كثيرة لهذه الأغلاط ولا يتسع المقام لذكرها وليس منها كبير فائدة .

القيء الدموى

من الحقائق المعروفة أن القيء الدموى ينشأ عن أسباب كثيرة عدا التقرح فى الغشاء المخاطى المعدى أو العفجى[١] ، ومنها سروز الكبد ، والنزف المعدى فى النساء . فقد رأى بعض الجراحين أن القيء الدموى من فقر الدم الطحالى حسب تقرحاً عفجياً ، ولم تتضح الحال الاَّ بعد فتح البطن إرادة عمل الوصل المعدى الصائمى . والحقيقة هى أن القيء الدموى ، وان لم يكن علامة على القرحة المعدية فهو دليل على حالة أخرى

المضاضة الشراسيفية

حذاريك[٢] أن تحسب المضاضة فى القسم الشراسيفى علامة على إصابة موضعية . فكل قيء تصحبه مضاضة فى هذا القسم كقيء السم البولى ، وحموضة الدم ، وقيء الحمل فى أوله ، والسل وغيره .

عسر الهضم

كالقيء لايمكن أن يكون دليلاً قوياً على اصابة المعدة ، لأنه قد يحدث عن السل ، وأمراض القلب . والنخر فى العمود الفقرى ، والالتهاب الكلوى ، وفقر الدم ؛ والمجهود

(١) نسبة الى العفج وهى الاثنى عشرى

(٢) اى احذر حذراً بعد حذر

العضلى ، وعدم جودة المضغ ، وهذه بعض الأمراض التي تحدث عسر الهضم لا كلها . فلتعتبر

يشكو المريض من عسر الهضم فيعطيه الطبيب التعب البزموت، دون أن يجد من وقته متسعاً للفحص عن أسنانه ؛ فيتخذ المريض طريقه المستشفى حيث ينصح له بعملية الوصل المعدى المعوى . وسيفعل ذلك دواليك[1] ما دام عمل الطبيب كثيراً وما دام المريض ذلولاً

واليك خلاصة ما فصلناه تفصيلاً :

(١) إن من الخطأ دفعك المريض لعملية فتح البطن علاجاً لعسر الهضم والقيء بغير تدبر فى جميع الظروف وتبصر فى الأمر كله

(٢) إن الآفة الوحدة التي لا جدال فى انها مما تعرف وتعالج بالوصل المعدى المعوى هى الانسداد البوابى . وقد يصح أن تعالج قرحة العفج علاجاً صحيحاً بعملية التقصير[2] لكنها مما يصعب تشخيصه ولا بد من تدبر كل شيء والتبصر فى كل أمر قبل توصيتك بهذه العملية وحسبها وسيلة شافية

الوصل المعدى المعوى

لم تعد مسألة المزايا النسبية للوصل المعدى المعوى الخلفى والمقدم من مسائل البحث والجدال ، وأصبح الوجه عند الجراحين أن يختاروا العملية الخلفية. ولست أدرى سبباً لاصطلاحهم على العملية الخلفية وتفضيلها عن العملية المقدمة . والآراء كثيرة ، لكن لا يخفى أن أشد الآراء ثباتاً لا يقاوم الاَّ قليلا الحقائق التى تناقضها . والصواب أن الصائم سواء أوصل بمقدم المعدة أم بخلفها فالنتيجة لا شك حميدة على شرط أن تكون الصنعة جيدة والمرض مناسباً للعملية

وقد تصادف الجراح ، فى اثناء عملية الوصل المعــدى المعوى ، حوادث معينة ومصاعب محزنة ، من الأغلاط الفنية . وقد تعقب العملية هذه الحوادث والمصاعب . وانى محدث لك منها ذكراً لاحتمال وقوعك فيها :

---

(١) يقال فعلنا ذلك دواليك أى كرات بعضها فى أثر بعض

(٢) Short-circuiting.

أول هذه الأغلاط وصل المعدة بجزء آخر من الأمعاء غير الصائم . فقد رأى بعضهم تشريح جثة مريض عملت له عملية الوصل المعدى المعوى قبل موته بقليل . أجراها الجراح سريعًا مفتخرًا بها لأنها كانت معرضًا للمهارة والاعجاب . هل أخبرك بماذا حدث بعدها ؟ ظهر عند المريض قىء برازى ، أشنع مما يوصف فى الكتب ، ضاق به صدر المريض وشق عليهِ الأمر فعمد الى سكين ، وشق بها عنقه ذابحًا نفسه . والذى اتضح من التشريح أن المعدة وصلت بالجزء الأسفل من اللفائفى بدلاً من الجزء العلوى من الصائم . دفعت الجراح سرعته ، وإن شئت فقل خفته ، فقصد الى جزء من الأمعاء ظن أنهُ من الصائم ، وجذبهُ حتى لم يبق ما يشد لقصر المساريقا ، فحسب الجزء الأسفل من اللفائفى الجزء الأعلى من الصائم ، ووصله بالمعدة

وأقل شأنًا من هذه الغلطة وصل الجزء المرتخى المتحرك من العفج بالمعدة على أنه الصائم . دعى أحد الجراحين ، ذات مرة ، ليرى فى استشارة ، مريضًا عملت له عملية الوصل المعدى المعوى منذ بضعة أيام قبل الاستشارة . وكان عند المريض قىء مستمر جعله فى حالة يأس . فعلق الأمل على فتح البطن ثانيًا . والذى وجد فى العملية الثانية هو وصل العفج الذى كان متحركاً حركة غير اعتيادية بالمعدة اذ حسب أنهُ الصائم ، فحصل تفتل فى مكان الانثناء العفجي الصائمى . ووصل العفج بالصائم فتماثل العليل

أما الغلطة التى هى اكثر شيوعًا فوصل المعدة بالصائم بطريقة تحول دون مرور المحتويات المعدية من المعدة الى الصائم بتفتل المعى فى موضع الوصل ؛ مما يمنع بعمل الشق الذى فى المعدة رأسيًا تقريبًا ، وبعمل الوصل بحيث يبرز الجزء الطرفى من الصائم من الجزء السفلى من مساحة الوصل. واذا رأيت ، بعد اتمام الوصل ، ما يجعل الانسداد قريبًا فضع غرزة أو غرزتين بشكل مِرساة لفتح الثنية

ولطالما ترقبت أن أسمع عن حادثة انسداد عقب عملية الوصل المعدى المعوى الخلفى نتيجة عكس الوصل من أعلى إلى أسفل . لأن ذلك مما يخيل لى أنهُ قريب الوقوع من يد غضة ناعمة الأظفار من قلة العمل فى الجراحة البطنية تعمل وصلاً خلفيًا بين المعدة والصائم بغير عروة

وما لم يتدبر الجراح في عمله فمن السهل أن يخطئ في حساب المساحة المعدية فيجد ، وهو مسترسل في الخياطة ، انهُ لا بدَّ أن يدمج في خياطته الجزء المعدى الذى يدغم فيه الثرب المعدى القولونى . وحينئذٍ يجدّ على المريض خطر آخر من النضح لعدم جودة الوصل ؛ وهذا مما يحدث أيضًا بما يأتى : بعد عمل الخط الأول من الخياطة البريتونية المستمرة ، وفتح المعدة والصائم ، قد ينسى الجراح عفواً ، وهو يتم الخياطة المستمرة ، أن يضبط فى خياطتهِ الحافة البريتونية المقطوعة فى موضع أو أكثر . وذلك مما يسهل وقوعه لأن الطبقة البريتونيّة أكثر مرونة من الطبقة المخاطية مما يجعلها تنأى عن الجراح منكمشة فيتجاوزها فى خياطتهِ . ويكون هذا التجاوز أكثر احتمالاً على أثر الانسكاب الدموى من الحافات المقطوعة إذ تنبهم تفاصيل الجرح من النزف

ولا بدَّ من كلمة بشأن النزف لأنهُ مما يكون ثمنه حياة المريض أحيانًا ، ومما يستدعى أحيانًا أخرى فتح البطن ثانيًا لضبط الوعاء النازف . والمعتاد أن تكفى الخياطة المستمرة لمنع النزف . لكن ذلك لا يطرد . فيجب أن يتيقظ الجراح فيرى الوعاء الذى يظل نازفًا رغم المرور عليهِ بالخياطة ؛ لأنهُ يكون جديراً بالربط . وحذاريك[1] أن تهمله لأن القيء والتهوع بعد العملية من المخدر مما يحدث احتقانًا فى الأحشاء ويهيج للنزف الأوعية غير المضبوطة تمامًا . ورأى بعضهم حادثة استدعى فيها النزف المستمر فتح البطن ثانيًا لوقفه

ولا بدَّ من ضم الفتحة التى عملت فى مساريقا القولون المستعرض فى أثناء عمليـة الوصل المعدى المعوى الخلفى ببريتون المعدة ببضع غرز منعًا لسقوط المعى خلال هذه الفتحة ثم اختناقه . وفى أثناء عمل الفتحة فى مبدأ العملية يلزم احترام الأوعيـة التى فى الثرب

ويقال ان اختناق المعى قد يعقب عملية الوصل المعدى المعوى المقدم بسبب مرور جزء من المعى على عروة الصائم ولعلَّ ذلك من طول العروة . أما اذا كانت العروة قصيرة فقد تحدث انسداداً فى القولون المستعرض

---

(١) أى احذر حذراً بعد حذر

ومن العواقب المتعبة بعد عملية الوصل المعدى المعوى تقرح الصائم الذى يفضى أحيانًا الى النزف والانثقاب

ولذلك جملة أسباب ؛ منها الانسداد الجزئى فى موضع الوصل ، ومنها عدم تعادل العصارة المعدية تعادلاً تامًا بالعصارة البنكرياسية، ومنها استعمال خيط غير قابل للامتصاص ومنها التعفن

والوسائل الوقائية هى العملية بغير عروة بفتحة كبيرة، واستعمال خيط قابل للامتصاص سواء أكان ذلك للخياطة أم لربط الأوعية والمحافظة على الطهر المعدى

ويوصى بعضهم ، عدا ذلك ، بعد عمل الوصل ، أن يخيط الثرب القولونى بالمعدة ، بعيداً عن موضع الوصل لتسهيل العملية المستقبلة فى حالة تقرح ثانوى

وهناك شيء آخر يلزم ذكره بشأن الوصل المعدى المعوى وهو : اذا عملت العملية ولم يكن هناك انسداد فمن الضرورى للتوصل الى الغاية المطلوبة أن يسد البواب سداً صناعيًا لأنك اذا لم تسد البواب فالمحتويات المعدية أو أغلبها ينتقل من المعدة الى العفج بالرغم من وجود الفتحة الصناعية ما بين المعدة والصائم وبعبارة أخرى يكون الجراح قد فشل فى غرضه وهو تقصير القناة الهضمية

هذا الى أن عدم انسداد البواب مما يساعد على ضيق الفتحة الصناعية بين المعدة والصائم ، وربما انسدت هذه الفتحة بمرور الوقت ؛ لأن النواصير المعوية تميل دائمًا الى الانسداد الذاتى ان لم يكن هناك انسداد كلى أو جزئى فى المعى أسفل الناصور

القرحة المعدية المنثقبة

لى بعض الملاحظات بشأن علاج القرحة المعدية المنثقبة . فالمعتاد بعد فتح البطن والعثور على موضع الانثقاب أن يسد الثقب بالخياطة وأن يحاول الجراح أن يقلب الى باطن المعدة كل القرحة ثم يخيط جدار المعدة مع المحافظة على ابقاء القرحة مقلوبة الى الباطن .
ومن الغلط الشائع عمل خياطة عروة الكيس بالقرب من حافة الثقب . لأنك اذا حاولت اقفال الثقب بشد الفتلة انقطعت الأنسجة لأن الخياطة تكون فى الجزء الصلب الذى

لا يلين حيث يكون البريتون رخواً من الالتهاب أيضاً . والرأى أن تعمل الخياطة بعيدة عن موضع الصلابة التى تكتنف القرحة

وأحياناً لا يتيسر إقفال الثقب إما من عدم الوصول اليــه و إما من سبب آخر . ووقتئذ يلزم وضع أنبوبة تصريف بالقرب من القرحة . وقد لجأ الى ذلك بعضهم دفعتين فى مريضين. وكلاهما نال الشفاء . ولا بدّ من العناية لكيلا تؤذى العصارة المعدية الخارجة الجلد بالقرب من الناصور . ويتم ذلك بدهن الجلد حوله بالفازلين . وقد يظن الجراح اذا لم يتحقق من تأثير التصفية ان من الضرورى اقفال الثقب لنجاة المريض مما يسوقهُ الى بذل مجهود عبثاً وتضييع وقت سدى لأن ذلك مما يحدث صدمة موبقة

وأحياناً يحدث الانثقاب فى الجدار الخلفى من الكيس فيصعب التشخيص . فقد رأى أحد الجراحين مريضاً بقرحة كبيرة مزمنة فى المعدة بالقرب من الانحناء الصغير ، وهذه القرحة ثقبت الجدار المقدم بالقرب من ادغام الثرب المعدى الكبدى . فاقفل الجراح المعالج الثقب ، لكن المريض توفى . و بتشريح الجثة اتضح أن القرحة امتدت الى الجدار الخلفى حيث انثقبت فى الكيس الأصغر

ولسائل أن يسأل أمن الصواب عمـل الوصل المعدى المعوى عقب اقفال الثقب الذى فى القرحة ؟ وهو سؤال وجيه ؛ ولست أدرى أيعمل ذلك أحد من الجراحين ؟ إن من الصواب عمل الوصل المعدى المعوى فى حاله القرحة المعدية المنثقبة اذا كان هناك انسداد فى البواب وكانت حالة المريض جيدة تسمح بتطويل زمن العملية . أما اذا لم يكن هناك انسداد فمن خطل الرأى الوصل المعدى المعوى . فقد رأى بعضهم أحد الجراحين يعمل الوصل بعد اقفال القرحة فى مريض كانت حالته جيدة وظروفه مناسبة للعملية ، ولم تكن هناك دلالة على الوصل فمات المريض

الفصل السادس عشر

الانغماد المعوى فى الاطفال

من السهل تشخيص الانغماد المعوى اذا طرأ بشكله القياسى. فحدث فى الطفل السليم، رضيع الثدى، ولما يبلغ الثانية من عمره، حدوثاً فجائياً، بألم بنوبات متقطعة، وبخروج دم ومخاط من الشرج، ويمكن جس ورم فى البطن. وقد يطرأ الانغماد المعوى فى أى سن، وقد يأتى تدريجاً فى كبير السن من المرضى، ولا يظهر من علاماته الاّ ورم البطن

وقد مر بك الكلام على تشخيص الانغماد المعوى مفصلاً فى فصل الاحتباس المعوى. ولا يسعنى إلاّ أن التمس منك أن تتريث فى تشخيصك الانغماد فى الطفل اذا كان متوعكاً من قبل النوبة، أو إذا كانت صحته غير جيدة، أو اذا زاد عمره عن سنتين، أو اذا لم يخرج منه مواد دموية أو مخاطية، أو اذا لم تجد ورماً فى البطن بالجس باليدين بعد التخدير. وحسبك بعض الأمثلة :

دعى أحد الجراحين لأجراء عملية لطفل فى الرابعة من عمره على زعم أنهُ مصاب بالانغماد المعوى. وكان الطفل ضعيفاً. وظهرت عليهِ الأعراض البطنية تدريجاً، ولم يخرج من شرجه مواد دموية أو مخاطية. والذى دعا الى تشخيص الانغماد خطأً هو ورم فى البطن بشكل (السجق). أما التشخيص الصواب فهو درن معوى فى البطن

ودعى أيضاً الجراح نفسه جراح مقيم بأحد المستشفيات لاجراء عملية الانغماد المعوى لطفل. وكانت الأعراض دالة على هذا المرض. وبالفحص عن ملابس الطفل اتضح انها وان كانت ملوثة بالدم والمخاط الا أن مقدارهما كان صغيراً وكان لونهما أكثر اشراقاً من لونهما فى حالة الانغماد. وبالاسترسال فى الفحص اتضح أيضاً أن الطفل كان مصاباً بسقوط الغشاء المخاطى الشرجى سقوطاً جانبياً. وبرده تحسنت الأعراض كلها

على أن بعض الأغلاط لا مندوحة عنها. فقد عرض فيليب ترنر[١] فى سنة ١٩١٣ فى اجتماع جماعة الطب الملكية[٢] طفلاً أجريت له عملية وهو فى الشهر الرابع من عمره

(١) Philip Turner.

(٢) Royal Society of Medicine.

على حسب انهُ مصاب بالانغماد . وكانت العلامات : خروج الدم من الشرج ، ووجود ورم متحرك صغير اسفل السرة والى الجهة اليمنى منها . واتضح أن الورم هو كيس اشتمال[١] مقره فى المساريقا فى الزاوية ما بين اللفائفى والقولون . ألا ترى أن الخطأ فى التشخيص فى مثل هذه الحالة مما لا يمكن التحرز منه

ومن مواطن الخطأ أحيانًا الفرفورا من النوع المعروف بفرفورا هينوك . فليس بعيداً ههنا ، أن يوجد المغص فى البطن ، والقيء ، والزحير ، وخروج الدم من الشرج، وظهور ورم فى البطن أحيانا . هذا الى ان هذه الاعراض كثيراً ما تسبق ظهور الطفح الجلدى والاصابة الموضعية هى نزف فى جدار المعى ، وا كثر ما يكون فى الجزء الاسفل من اللفائفى . فاذا كان المريض فى حدود سن الانغماد المعوى الحاد ، ولم تظهر عليه بقع نزفية جلدية فمن الصعب تمييز هذه الحالة من الانغماد . والمعتاد الا يصحب هذه الأعراض ورم محس فى البطن اذا كانت ناشئة عن فرفورا هينوك . وفى الأحوال النادرة التى يوجد فيها ورم لا يتخذ شكل السجق المميز ولا يكون بقوام ورم الانغماد . ومن أصالة الرأى ألا يبنى الحكم وتضمن سلامة الطفل على عرض أو علامة . والوجه أن يبذل الجراح أقصى جهده للوصول الى التشخيص بدرس المريض درساً كاملاً جملة واحدة وأحيانًا يوضح الفحص مرض الفرفورا الذى كان كامنًا . ولا بد من توجيه عنايتك بمعاينة المرفقين والأليتين ، وأعلى اللوحين ، ومقدم الركبتين ، والجلد الذي على وتر اكيلا . فقد يظهر الطفح فى هذه المواضع قبل ظهوره فى جهات أخرى . واياك أن تعتقد أن وجود الفرفورا يتنافر والانغماد المعوى. فهناك ما يرجح أن الانسكاب الدموى فى جدار اللفائفى قد يحدث الانغماد ويكون السبب المباشر له. على أن حالة الاضطراب الدموية بوجود الفرفورا مما يستدعى الاحتياط الشديد قبل اجراء فتح البطن

العلاج

ينصح بعض الجراحين أن يعطى المصاب بانغماد معوى حاد الأفيون أو المورفين لتسكين الحركة الدودية المعوية ومنع زيادة الورم ، وأن ينفخ الأمعاء بالهواء ، أو أن

---

(١) Inclusion Cyst.

تعمل له حقنة شرجية بمقدار كبير من الماء الدفيء أو الزيت . يعمل ذلك والمريض في الموضع المنحدر من جهة الرأس بوضع أنبوبة شرجية في المستقيم توصل الى أنبوبة المحقنة وإياك أن تستعمل ضغطاً عظيماً في ارسال السائل أو الهواء الى المعى . ويمكن التأكد أنجحت هذه الطريقة أم لا بوضع اليد على الورم الذى فى البطن

ويرى البعض الآخر من الجراحين أن الطريقة المثلى لعلاج الانغماد هى فتح البطن ورد التداخل . والوجه عندهم أنهُ وان تكن الطريقة الأولى نافعة أحياناً إلاّ أنها تتضمن خطراً عظيما . ذلك لأن أصعب جزء فى الرد هو أول جزء تغمد . ومن العبث رد الانغماد كله ما عدا هذا الجزء . وليس يستطيع الجراح أن يتحقق أتم الرد ومتى تم بالحقنة الشرجية ؟ قد يقول البعض إن آية النجاح وزوال التغمد خروج المواد البرازية من الشرج . على ان هذه العلامة لا يمكن الاعتماد عليها ؛ اذا عرفت ما حدث لطفل وقد عالجهُ الجراح بالحقنة الشرجية فخرجت المواد البرازية من الشرج ، وانقطعت المواد الدموية ومع ذلك فقد مات الطفل بالانغماد المتغنغر

وليس زوال الورم من البطن على أثر الحقنة الشرجية بعلامة صادقة حتى يستدل منها على النجاح ؛ لأن التغمد الباقى — وهو مفتاح البلوى كلها — أصغر من أن يجس باليد ويروى بعضهم حالة اتخذ فيها الجراح زوال الورم من البطن عقب الحقنة الشرجية علامة على رد التغمد تماماً وكان فى زعمه من الخاطئين

ولتعلم أن الحقن الشرجي قد يفيد تمهيداً للعملية لأنهُ يرد معظم التغمد قبل فتح البطن فيقل العمل بعد فتحه ويسهله . وأحياناً يحدث شيء من الرد الذاتى فيمن تضعضعوا للعملية حتى ولو لم تعمل لهم حقنة شرجية تمهيدية . ولعلّ هذا الرد من الحركة الدودية المنعكسة بالفحص عن المستقيم بالأصبع

وعليك اذا شرعت فى العملية أن تحافظ على دفء الطفل ، وألاّ تضيع الوقت سدى فى أثناء العملية . ومن الصعوبات انتفاخ البطن . فاذا خرجت عروة من المعى فمن الصعب ادخالها . وقد يصرف الجراح زمناً ليس بالقصير فى إرجاع العروة وخياطة

الجرح. ولاتقاء خروج المعى يحسن عمل شق قصير بقدر ما يسمح للجراح برد الانغماد .
وليكن هم المساعد منع الامعاء من الخروج

ومن أغرب الأغلاط التى يصعب تفسيرها هو تجاوز الانغماد فى أثناء فتح البطن الذى عمل لهذا الغرض ، وقد غلط هذه الغلطة جراح صناع خبير . كان التشخيص الانغماد المعوى . ولهذا التشخيص فتح البطن ولم يجد شيئاً . ومات الطفل ، واتضح من التشريح أنه كان مصاباً بتغمد لفائفى قولونى. وقد توجد صعوبة فى أثناء الرد . ولا تكون عن الالتصاقات لأنها لا تكاد تتكون ، بل تنشأ عن أزيما المعى المتغمد والمسار يقا . ولا أرانى بحاجة أن أذكرك بطريقة الرد التى يجب أن تكون بالضغط بالأصبع والابهام على قمة الانغماد ؛ لا بالجذب والشد . وكثيراً ما تستطيع رد الجزء الأكبر بهذه الطريقة ولست تستطيع رد الباقى . وقد يكون السبب ، وقتئذ ، ازدواج الانغماد أى يحدث الانغماد ، ثم يتغمد ثانياً جملة واحدة فى المعى أسفله والعلاج ، ههنا ، رد ما يرد بالضغط ثم الفحص عن باقى الورم للحصول على موضع الانغماد الأولى وتغمده ثانياً فى الجزء الطرفى من المعى . ثم يرد الانغماد الثانوى بالجذب برفق . وربما رد الانغماد الأولى بهذه الطريقة بغير عناء وتعب .

واليك غلطه غريبة :

مرض طفل . فكان تشخيص المرض الانغماد المعوى . وبفتح البطن لم يوجد الانغماد لكن الجراح وجد أن نحو قيراط أو قيراطين من نهاية اللفائفى كان أحمر اللون غليظاً ، وأمكنه أن يجس فى الأعور ورماً صغيراً محدوداً بارزاً من الصمام اللفائفى الأعورى . فركن الجراح الى استئصاله ظناً منه أنه ورم وبالفحص عما استؤصل بعد ذلك اتضح أن الورم لم يكن الا غشاء مخاطياً مصاباً بأزيما وساقطاً من الصمام اللفائفى الأعورى . ولعل الحقيقة هى أن الطفل كان مصاباً بانغماد زال زوالاً ذاتياً ، وبقى الغشاء المخاطى المنتفخ آية على الحادثة التى لم يستطع الجراح قراءتها . أو لعل الحالة كانت سقوط الغشاء المخاطى فى الصمام اللفائفى الأعورى ، مما يحدث على رأى بعضهم بتناول زيت الخروع ، ومما يسبق الانغماد ، ويكون سبباً لحدوث التغمد فى القرب من الاتصال اللفائفى الأعورى .

وأحيانًا يعود الانغماد بعد العملية وليس عندى ما أبديه بشأن هذا العود . وأقرب من عود الانغماد تجدد أعراضه أو استمرار هذه الأعراض بما فى ذلك خروج المواد الدموية والمخاطية . ومن المهم أن تحسب هذه الأعراض خطأ دليلا على عود الانغماد . ولا يحسبن الجراح أن المريض فى حاجة الى عملية أخرى ان لم يمض عليه فترة سلامة وصحة . وان كنت فى ريب من أمر مريضك ، فعليك بالفحص عن الطفل وهو تحت تأثير المخدر لكى تتعرف أفى البطن ورم وهل هو محسوس ، فاذا أجريت العملية لطفل كبير أو لشاب ووجدت انغماداً فليس يكفى أن ترده ؛ بل عليك أن تتحرى سببه وتتأصله إذا أمكن . ويغلب أن يكون السبب بابيلوم أو شىء آخر محسوس . فاذا تغاضيت عن هذا السبب فقد أتيت أمراً إدًّا ذا عواقب وخيمة .



الفصل السابع عشر

الفتق

التشخيص – إن أول مايحدث فى نشوء الفتق المكتسب هو بروز البريتون الصفاقى خلال فتحة أو موضع ضعيف فى الجدار البطنى . وهذه الحادثة الأولية قد يصحبها ألم عظيم ولو لم تتضح علامـة محسوسة أو ظاهرة يستدل منها على الفتق . و يميز هذا الألم حدوثه بالحركة وزواله بالراحة

ومن المهم الانتباه الى هذا الألم ومعرفته كنه المعرفة ؛ لكيلا نخطىء فنحسبه ألماً عصبياً ، أو لكيلا يدفعنا الاعتقاد بأنهُ ألم التهاب الزائدة الدودية ، أو ألم الالتهاب المبيضى فنفتح البطن بغير مبرر ، ولكيلا ننسبه إلى اضطراب آخر يزول بالعلاج الدوائى وهذا الخطأ فى التشخيص مما يستدعى الأسف العظيم لأنك اذا اهتديت الى سر الألم فوصفت لمريضك الرياضة البدنية التى تقوى العضلات القابضة والمبعدة للورك وعضلات الجدار البطنى فقد يخف الألم و يمتنع ظهور الفتق أو يتأخر

وقد يتغاضى الجراح عن الفتق الكامل اذا استقرى مريضه وهو مستلق على ظهره

وقد يصعب عليه تشخيص الفتق الخاق الذى لاينزل فى الصفن الا أحياناً ، والذى لا يكون نازلاً ساعة الفحص ، وكذلك الفتق الفخذى فى النساء البادنات . و يعرف بعض الجراحين حادثة فتق مختنق غير كامل (فتق رختر) فى الفخذ كانت غامضة بسبب المواد الشحمية فلم يمكن الاهتداء الى أى ورم مع العناية بالجس ، و بقى التشخيص غامضاً حتى اتضح بالمشراط . وقد لايدرك الفتق بسبب تكتم المريض كما فى القصة الآتية :

دعى أحد الجراحين ، ذات ليلة ، لمريض بعلامات احتباس معوى حاد . ولم يهتد بالمعاينة والجس الأولى الى موضع الاحتباس . و بالتمادى فى الاستقراء اتضح له الفتق الفخذى المختنق . فسأل الجراح المريضة : « لمَ لم تخبريني بهذا الورم ؟ » فكان

الجواب : « قد خفت أن أخبرك به فتحسبه فتقًا مختنقًا وتحتم على التضفضع لعملية جراحية ! »

ومن النكبات فى التاريخ الطبى بسبب اهمال الجراح وعدم صراحة المريض ما يأتى :

دعى جراح لزيارة مريض عنده قُيَاء[1] فى يوم اشتدت فيه حمارة القيظ . فنسب الطبيب القيء الى ما يسمى عند الأطباء بقيء الصيف ، وعالجه بقارورة من الدواء . و بعد قليل دخل هذا المريض أحد المستشفيات فاتضح أنهُ مصاب بفتق فخذى مختنق ، وكانت الأمعاء فى الفتق متغنغرة

أما الفتق الخلالى فقد يمر عليهِ الطبيب دون أن يدركه لأنهُ لا يحدث ورمًا ظاهراً يتضح بالمعاينة . ومما يساعدك فى تشخيص هذا الفتق معرفتك بوجوده غالبًا مع كمون الخصية[2]. هذا الى أن الفتق الخلالى قلما يحدث من نفسه . فان لم يكن مع الخصية الكامنة فغالبًا ينشأ ثانويًا على أثر فتق قديم وضع له حزام غير محكم ، أو عمل له رد بعنف .

وقلما يفطن الجراح للفتق خلف البريتون والفتق الساد بغير فتح البطن

ومن الخطأ الشائع فى التشخيص حسبانك الغدة اللمفاوية الملتهبة فى الأربية فتقًا مختنقًا . وليس فى ذلك شيء من الضرر اذا لم ينس الجراح الفحص عن سبب الالتهاب فى الغدة الذى اتضح من العملية

وكثيراً ما تلتبس القيلة المائية بالفتق والفتق بالقيلة . وههنا يجب أن أذكرك باختبار الشفافية مما يجب أن يعمل فى الأحوال التى يكون الجراح فى ريب منها ، وسيمر بك ما فعله بعضهم من ارسال الآلة البازلة فى فتق صفنى على زعم أنهُ قيلة مائية ، وهى غلطة شائعة جداً . والقيلة المائية فى الحبل المنوى منبع للخطأ أيضًا

وحُسِب الخراج البسواسى فتقًا فى حالة امتداد ورم الخراج فيها أسفل التصف الوحشى من رباط بو بارت . وكان الورم دفعة بالسعال . وكذلك كان قابلاً للرد ، وهاتان

---

(١) يقال به قياء اذا جعل يكثر القيء

(٢) كمون الخصية هى الحالة التى تستتر فيها الخصية فى طريقها الى الصفن بعدم نزولها فيه ترجمة Undescended testicle.

العلامتان هما سبب الخطأ لأنهما من علامات الفتق. ولو انتبه الجراح الى موضع الورم وسخونته ، و يبس العمود الفقرى لصان نفسه من الخطأ

وقد يصعب التمييز بين التواء الخصية الكامنة والفتق المختنق

الرد

قد لا يعنى كثيراً ، فى هذه الأيام التى أصبحت فيها الجراحة مطلقة غير مقيدة ، بموضوع الرد فى الفتق المختنق . وليس هذا من أصالة الرأى فقد تقضى الظروف بالامتناع عن العملية ، كأن يكون المريض مصاباً ببوال سكرى أو كان تكون هناك دلالة مانعة تحول دون جولة المشرط . ولذلك كان من الضرورى النظر فيما يعرض من الأمور فتؤدى الى فشل رد الفتق بالتوسط باليد

إن أول ما يجب عمله هو محاولتك رد الفتق . وليكن هذا العمل التمهيدى برفق ولطف ، لأن محاولتك رد الفتق بعنف ، أو طول احتيالك فى الرد مما يرخي الأنسجة و يزيد فى ورمها . فاذا فشلت فى الرد فليبق المريض مستلقياً على ظهره وليرفع قدم السرير ، ولتوضع كمادات باردة أو كيس ثلج على الفتق . و بعد استعمال هذه الوسائل ساعة أو نصف ساعة يجرب الجراح للدفعة الثانية ، رد الامعاء فى البطن ، لأن هذه الوسائل قد تجدى نفعاً عظيماً . و إليك ما يمكن أن يتأتى من الاستلقاء على الظهر :

دخل ، فى أحد المستشفيات ، مريض بفتق مختنق لم يوفق طبيبهُ المعالج ، أو الجراح المقيم بالمستشفى الى رد الفتق رغم ما بذلاه من العناء . وحينما وضع المريض على منضدة العمليات ، ونُحّى الثوب عن الأربية ، زاغ الامعاء الى البطن من تلقاء نفسها . وأكثر ما نشاهد هذه الحادثة فى الفتق المختنق فى الأطفال

دعانى ، ذات ليلة ، صديق لى ، وكان وقتئذ طبيب حلوان ، لمريض بفتق مختنق لم يوفق الى رده . ولما رأيت المريض حاولت الرد فلم أكن أكثر منهُ توفيقاً . فاعتزمنا على اجراء العملية ، وقد خضع لها المريض . فلما هاء لها ، وأخذت أضع صبغة اليود على الجلد فى مساحة العملية ، وكان المريض نائماً بالكلوروفورم ، دخلت الامعاء فى

البطن ، مما أنقذ المريض من العملية ساعتئذ ، فى ظروف غير مناسبة لهُ ولنا

على أن هذه الحادثة كثيراً ما صادفتنى، ولم يكن رجوع الامعاء فى البطن ليرجعنى عن أن أجول جائلتى [١] علاجًا المريض من فتقه ، وضنا عليهِ أن يعدل عن العملية إن تركتهُ لوقت آخر فيعاوده الاختناق فى الفتق فى ظروف أخرى قد تكون غير مناسبة

ولا بدّ لك ، فى تدبير الرد ، من أمرين مختلفين .

فأما الأمر الأول فهو محاولتك استفراغ ما فى الامعاء من المحتويات بالضغط برفق ولطف ضغطًا متواصلاً فاذا ما نقص حجم الورم بهذا الاستفراغ فهذا أوان الأمر الثانى وهو البدء فى ارجاع محتويات الفتق أى الامعاء الى البطن . وههنا يجب أن أرشدك إلى أمر ذى بال وهو ألاَّ ترد الأمعاء صبرة أو جملة واحدة، لأنك ان فعلت فقد حاولت المستحيل . وإنما يكون الرد تدريجًا . وأول ما يرد آخر ما نزل من الامعاء فى كيس الفتق . وبعبارة أخرى إياك أن تضغط قعر الفتق ؛ لأن الضغط إنما يكون فى عنق الفتق ، ولتوجه الضغط فى اتجاه قناة الفتق أى فى الطريق الذى سار فيه

مضاعفات الرد

ليس استمرار الأعراض بعد الرد الذى يحسبه الجراح ناجعًا نافعًا من المضاعفات الشائعة الآن شيوعه أوان استعمال عنف شديد فى الرد فى الأحوال التى لم يخشع الفتق فيها بالرد . أما الجراح ، فى هذا العصر ، فلا يتردد فى إجراء العملية إذا لم يتواضع الفتق بالرد برفق ولطف . وإليك بعض ما يحدث من العواقب الوخيمة عن عدم خفة اليد ولطفها فى الرد :

أول هذه الحوادث ، فى هذه الأيام ، اختناق المعى بالثرب ، إذ تدفع المعى للرجوع الى البطن بين موضعين التصق فيهما الثرب بعنق الكيس .

أما الحادثة الثانية التى تستمر فيها أعراض الاختناق بعد الرد الذى يخيل للجراح أنه ناجح فهى التى تعرض فى أحوال الفتق المزمن الكبير المحتبس . حيث تحدث

(١) يقال أجل جائلتك أى أقض الأمر الذى أنت فيه

التصاقات بين الأجزاء المتجاورة من الأمعاء فى الكيس . وربما كان التواء المعى وعدم تحركه الحركة الاعتيادية هو السبب فى التجاء المريض الى الجراح فليس بدعًا ألَّا تزول الأعراض بنقل الجزء الملتوى الملتصق من الأمعاء من باطن كيس الفتق الى باطن البطن

ويحدث أحيانًا ، أن محتويات الفتق ترد الى كيس خلالى أو الى الجزء الباطن من كيس فتق بشكل الساعة الرملية إذ يكون الاختناق عند الفتحة البطنية . وربما يفقد الجراح الذى يرد الفتق ، فى مثل هذه الأحوال، تلك القرقرة المرضية التى يعقبها زوال الورم زوالاً كاملاً فجائيًا مما يدل على الرد الصحيح . ولا يبعد أن يتهم الجراح عمله وقتئذ بما يشوبه من النجاح غير الوافى

أما الرد صَبرة ، وتمزق كيس الفتق أو المعى نفسه ، ورد المعى المتغنغر أو المنثقب، فجائز كل ذلك توهما لا فعلاً فى هذا الوقت

وقد يطرأ عند المريض بعد رد الفتق المختنق إسهال تصحبه مواد مخاطية دموية ؛ مما يحدث عن التهاب معوى موضعى فى الجزء المعوى الذى ارتبك فى الفتق . فى بعض هذه الأحوال وقد يعترى المريض مستقبلاً ، مغص فى البطن يشتد شيئًا فشيئًا وينتهى باحتباس معوى . ويعلل ذلك : إما باصابة المعى إصابة لا يقوى معها على استرجاع وظيفته ، وإما بالتصاقات ، وإما بنشوء ضخامة ليفية .

وهل أدلك على ما يحتمل أن يكون السبب فى بقاء أعراض الاختناق بعد رد الفتق بعد ما ذكر ؟ تبحث عن سبب آخر لأعراض الاختناق مبرئًا الفتق منها ولك فى الحكاية الآتية عظة وذكرى :

أجريت لمريض عملية على زعم أن الأعراض التى بدت عنـده ناشئة عن الفتق الكبير الذى لم يمكن رده والذى حسب أنهُ فتق محتبس ولم تجده العملية نفعًا لبقاء الأعراض نفسها . ففتح البطن ، فى الخط المتوسط ، وظهر أن بأمعائه سرطانًا سد القناة الهضمية وأحدث الأعراض .

حزام الفتق

إن لبس الحزام ، فى أغلب الأحوال ، يكون لغرض التلطيف فقط ، لكنه فى الأطفال المصابين بالفتق الأربى قد يرجى منهُ الشفاء اذا أحسن استعماله . إن الفتق فى هذه الأحوال ، يحتوى على كيس خلقى يتم الشفاء بامحائه . فاذا وضع وضعاً متواصلاً، وأحدث ضغطاً مستمراً من الخارج أنسدت القناة البريتونية انسداداً دائماً . وللوصول الى هذا الغرض لا بد من العناية المتواصلة فانقصد الى منع المحتويات البطنية من النزول فى الكيس منعاً تاماً . لأن تمدد الفتحة البطنية تمدداً من وقت الى آخر بنزول جزء من المعى أو الثرب يحول دون انسداد الفتحة انسداداً دائماً . ولذلك ينبغى للطفل أن يلبس الحزام دائماً – ليلاً ونهاراً . وهو يحتاج الى حزامين حتى اذا ما اتسخ أحدهما لبس الآخر . ويجب أن يكون الحزام مغطى بالمطاط أو السيلولويد ليبقى نظيفاً ، ولكيلا يخلع فى أثنـاء الاستحمام . ومن الضرورى تجفيف الجلد فى موضع الحزام ، عقب الاستحمام ، وليوضع شيء من المسحوق عليه . فاذا أريد فك الحزام لسبب ما يجب أن ينوم الطفل على ظهره ، وأن توضع الأصبع فى مكان وسادة الحزام ، ويضغط هذا الموضع ضغطاً مستمراً حتى يلبس الحزام ثانياً . ولا تنفع الأحزمة الصوفية ولا بد أن يقوم الحزام بالضغط المتواصل وأن يكون محكماً . ولتعلم أن سرَّ النجاح فى العلاج بالحزام هو ألا يسمح الإنسان للمحتويات البطنية بالنزول الى كيس الفتق

وعليك أن تتبع هذه الأصول اذا أردت أن تعالج الفتق فى الشاب علاجاً ملطفاً بالحزام . ولتعلم أن الفتق يميل الى النمو بطبيعته . فكلما نزل شيء من المعى أو الثرب فى الكيس اتسع وتمددت الفتحة البطنية . وبعد حين تتسع الفتحة ويتمدد الكيس وتسترخى الانسجة التى تكتنفهما فلا تقاوم كبر الفتق ، أو لا تقاوم إلا قليلاً . ووقتئذ يلقى أمر المقاومة على الحزام نفسه . فاذا ما كبر الفتق ، بعد بضع سنين ، وبقى الحزام على أصله ، أصبح لا تكفى وسادته لصد المحتويات البطنية من النزول . وهذا مما يستدعى من الاهتمام اكثر مما يوجه عادة اليه . ولا ينتظر أن يلبس الرجل حزاماً ثقيلاً ليلاً

ونهاراً . ويمكنه أن يحصل على حزام خفيف ليلبسه ليلاً . وليست تنتهى مهمة الجراح بوصف الحزام للمريض ؛ بل عليه بعد أن يحصل المريض عليه ، أن يتحقق أهو محكم عليه ، وهل هو يؤدى الى الغرض المطلوب منهُ . وعليه أيضًا أن يفهم المريض بطريقة موجزة ما هو الفتق ؟ وكيف يلبس الحزام علاجًا له ؟ وكذلك يلزم أن يُفهم أن الحزام ضرورى ما دام الفتق ، وإن شئت فقل ما دامت الحياة . وليرشد المريض أيضًا الى ما يجب أن يبذله من العناية الخاصة اذا كان مصابًا بالسعال

فاذا نشأ ألم عن لبس الحزام فذلك دليل على أنه غير محكم ، أو على أن المريض لا يناسبه الحزام . وربما كان السبب أن المحتويات البطنية لا ترجع كلها الى البطن ، وأن الحزام يضغط شيئًا من الثرب يكون ملتصقًا . ويجوز أن يكون السبب ضغط الوسادة عظم العانة اذا كان الفتق اربيًا . ووقتئذ لا يتيسر للحزام التحكم على المحتويات البطنية وصدها من النزول . والسر كل السر حصولك على حزام يلتئم والجدار المقدم للقناة الأربية فيقرب ضغطه الجدار المقدم الى الجدار الخلفى ، وبذلك يمكن ضبط الفتق بأقل ما يمكن من الضغط

عمليات الفتق

سأقصر الكلام على الفتق الأربى مخافة التطويل :

وأول الأغلاط اجراء العملية على مريض لا يناسبه العلاج بهذه الطريقة . فاذا ما تركنا جانبًا الغرض من تخفيف الانسداد وازالة الاختناق فأمامنا غرضان يجب علينا أن نتوخاهما ونتطلبهما فى علاجنا الفتق بالمشراط . فأما الغرض الأول فهو شفاء الفتق شفاءً دائمًا يمكن المريض من حياة عادية غير محتاج فيها الى لبس حزام . والغرض الثانى هو التخفيف والتلطيف : كأن يكون المريض مصابًا بفتق عاد لا يصلح لعلاجه بالحزام . فالغرض الشرعى المحدود من العملية فى مثل هذه الحالة هو تمكينك المريض من لبس الحزام براحة ونجاح اتقاء حدوث مالا تحمد عقباه مما يحدث والفتق غير مقيد

والغلطة الثانية هى رجوع الفتق بعد العملية الشفائية مما يحدث عن عملية رديئة ،

أو عن الإهمال فى العلاج بعد العملية . ومن المحتمل أن يكون هذا الرجوع فى بعض الأحوال باهمال الجراح فى انتخاب المريض الصالح للعملية . وهناك نوعان من المرض لا يصلحان للعملية الشفائية .

فأما النوع الأول فهو المريض المصاب بضعف فى الجدر البطنية وارتخائها ، وبروز الجزء الأسفل من البطن، ودولته[١] . ويتضمن هذا النوع الفتق الذى يحدث على كبر

وأما النوع الثانى فيتضمن المرضى الذين مضى على فتقهم زمن طويل فتجاوزوا الدور المناسب لاجراء العملية الشفائية . وقد لا يوجد سقوط الأحشاء البطنية ، ولا ضعف فى عضلات جدر البطن ، ومع ذلك فلا يصلح المريض للعملية لوجود الفتق عنده مدة طويلة بغير قيد مما يحدث تمدداً فى أنسجة الفتحات الفتقية ، ويتلف انحراف القناة الأربية

وللعملية الشفائية ركنان :

أولهما — استئصال كيس الفتق

وثانيهما — اعادة انحراف القناة الأربية :

أما فى الأحوال التى ينشأ الفتق فيها عن كيس خلقى ، والتى لم يكبر فيها الفتق لدرجة اتلاف الأجزاء التشريحية ، فان استئصال الكيس قد يكفى للشفاء التام الدائم

أما اذا نزل شىء من المحتويات ، وتكرر النزول ، فان فتحتى الأربية تتمددان وتقتربان ، الواحدة من الأخرى ، وبذلك يقل انحراف القناة الاربية ، ويزول ما كان لها من التأثير الصمامى وهو الحائل لبروز الأحشاء خلال جدر البطن

إن من الضرورى فى هذه الأحوال ، ألاّ يجتزىء الآسى[٢] بأستئصال الكيس بعد ربط عنقه ، بل يجب عليهِ تضييق فتحتى الأربية ، وتجديد الجدار الخلفى للقناة الأربية بخياطة الوتر المشترك للعضلة المنحرفة الباطنة والعضلة المستعرضة برباط بوبارت ، وبذلك تعود المقاومة الصمامية لبروز البريتون

(١) دولة البطن ارتخاؤه ، وقد استعملت هذه الكلمة ترجمة لكلمة Visceroptosis

(٢) أى الجراح

والعلاج بعد العملية شأن عظيم . فمن الضروري ابقاء المريض فى السرير ثلاثة أسابيع بعد العملية . ونهيه عن أي مجهود عضلي شديد ثلاثة أسابيع أخرى . فان كان عمله يقتضى مجهوداً عضلياً فالواجب ألا يستأنفه إلا بعد العملية بشهرين على الأقل

وقد لا يعنى كثيراً بعض الجراحين بهذه الاحتياطات . وأحسب أنهم ، فى ذلك ، من الخاطئين . ذلك لأن ملاحظاتى تدلنى على أن المبادرة الى استئناف العمل كثيراً ما تؤدى الى ضرر بين . فقد عرفت شاباً قوى البنية قد عملت له العملية الشفائية للفتق وقد عاد فتقه ولما تمض عليهِ ثلاثة أشهر . إذ سمح له جراحه بمغادرة السرير فى اليوم السادس من العملية ، و بالسفر الى بلده سفراً اعتيادياً فى اليوم السابع ، ولم يكن بلده قريباً . فهل عجب أن تلين أثرة الالتحام وترتخى ؟ إن أثرة الالتحام ، اذا لم يمض عليها اكثر من ستة أيام ، تكون رخوة رخاوة تسمح للأصبع باختراقها . ولا شك أن أثرة الالتحام تحتاج الى زمن طويل لكى تزول عنها رخاوتها وتتحول الى منسوج ليفى صلب متين

وعيوب العملية التى تهىء لرجوع الفتق هى :

(١) تقيح الجرح مما يحدث عن الاهمال فى تعقيم موضع العملية أو الأيدى أو الآلات والأدوات المستعملة الى غير ذلك مما يكون عاراً شديداً على الجراح

(٢) وعدم جذب الكيس قبل ربط عنقه فيترك جزء صغير منه يكون فتقاً صغيراً

(٣) وعدم محاولتك ارجاع انحراف القناة الاربية وانهُ وان يكن قد يكفى ، فى أحوال معينة من الفتق الخلق التى لم تنزل فيها المحتويات البطنية مراراً حتى لا يتغير تشريح القناة الأربية ، أن يستأصل الكيس للشفاء التام بغير اعادة انحراف القناة ، الاّ أن من الخطر الاعتماد على هذا الرأى الجراحي. هذا الى أنهُ غير ممكن أن يعرف الجراح حقيقة كم مرة نزل الفتق أو ما هو زمن ظهوره . وعلى ذلك يكون من سداد الرأى أن يتحرى بنفسهِ حالة الجدار الخلفى للقناة الأربية ، وان يتخذ الوسائل الضرورية لتقويته اذا دعت الحال . وههنا يحسن أن أذكر غلطة شائعة وهى الاعتماد على خياطة

الألياف المقوسة من العضلة المستعرضة والمنحرفة الباطنة برباط بوبارت فى الجزء الوحشى من الثغرة الاربية . فهذا العمل فيه عيبان :

فأما الأول فهو عدم وجود جزء صفاقى فى الألياف العضلية فى هذا الموضع ، وعلى ذلك لا يمكن الاعتماد على الخياطة لمقاومة أى مؤثر على أثر مجهود القىء ، أو السعال، أو حركة أخرى لأنها كثيراً ما تمزق الألياف العضلية

وأما العيب الثانى فهو تقليل انحراف القناة الأربية لا زيادته . وهو نقيض ما نريد

والصواب لتضييق فتحة الأربية أن يبدأ بخياطة الوتر المشترك برباط بوبارت من الجهة الانسية ، و بهذا العمل ترسخ الخياطة أولاً ، ويمر الحبل المنوى منحرفاً خلال جدار البطن ثانياً ، وتتباعد فتحتا الأربية تباعداً يحول دون رجوع الفتق ثالثاً

ومن الأمور الجديرة بالذكر خياطة حافتى الصفاق الغائر ، بكاتجت دقيق ؛ قبل خياطة الجلد ، والصفاق الغائر فى هذا الموضع منسوج مميز ولتعلم أن هذه الخياطة تؤدى الى التحام حسن متين . وقد يكون لهذا الالتحام بعض الشأن اذا عاد الفتق واضطر المريض الى لبس الحزام

وهذه كلها من القواعد الأساسية ذكرتها لك لأنك اذا لم تتبعها كانت العواقب غير حميدة .

وعليك ، فى اثناء العملية ، أن تعنى كثيراً بمختلف الأنسجة التى تصادفها مخافة الاعتداء عليها . واليك ما يمكن أن يعترض لك فى ميدان العملية

العصب الحرقفى الأربى ، والعصب الحرقفى الخثلى
والعصب التناسلى الفخذى

اكثر هذه الأعصاب مضايقة فى العملية هو العصب الحرقفى الأربى ، ويرى وهو سائر على الألياف المقوسة للعضلة المنحرفة الباطنة والعضلة المستعرضة أعلى الحبل المنوى وقريباً منه . وإن لم يعن به الجراح فقد يصاب بأذى ، أوان شق صفاق العضلة المنحرفة الظاهرة ، أو فى اثناء خياطة الوتر المشترك برباط بوبارت ، وفى اثناء خياطة

حافات صفاق العضلة المنحرفة الظاهرة ، أو فى أثناء تضييق فتحة الأربية الظاهرة ونتيجة اصابة هذا العصب بقاء مضاضة دائمة فى أثرة الالتحام

ويقول هارولد بروز[1] إنه ، وهو بفرنسة ، عالج جنديًا عملت له عملية الشفاء التام للفتق الأربى دفعتين ، وعاد فتقه بعدهما ، ولم يستطع لبس حزام لما كان فى أثرة الالتحام من المضاضة

واتضح من الفحص الدقيق أن الجلد فقد احساسه فى مساحة الفروع الجلدية للعصب الحرقفى الأربى ، وان ضغط موضع معين فى أثرة الالتحام كان يحدث ألماً عظيماً فأجريت له العملية ارادة العثور على العصب وقطعه أعلى أثرة الالتحام ، لا رجاء شفاء الفتق. واستأنف قائلاً انهُ خجل لعدم اهتدائه الى العصب لأن التفاصيل التشريحية تبهمت من أثر العمليتين السالفتين فاجتزأ باستئصال اكبر ما يمكن من الأنسجة الالتحامية ولم يدر ما نجم عن ذلك

ولست أستطيع أن أذكر ما عساه يصدر عن اصابة الفرع الخثلى من العصب الحرقفى الخثلى الذى يكون أعلى ميدان العملية ، أو عن اصابة الفرع التناسلى من العصب التناسلى الفخذى الذى يسير والحبل المنوى ، لكن لا بدَّ من الاشارة اليهما لاحتمال اصابتهما

الحبل المنوى

كثيراً ما يصاب الحبل المنوى فى أثناء عملية الفتق الشفائية فى الأربية. وقد تكون الاصابة فى القناة الناقلة ، أو فى الأوعية ، أو فيهما جميعًا

فأما القناة الناقلة فيغلب أن تصاب والجراح يفصل كيس الفتق ، وخاصة فى الأطفال اذ تكون القناة رقيقة لا تتحمل خشونة تداولها[2] وقد ترى القناة فى بعض اكياس الفتق الخلقى ، فى ثنية مساريقية . والخطر كل الخطر فى أثناء نزعك البريتون من هذه

---

(١) Harold Burrows.

(٢) يقال تداولته الايدى تداولا أى تعاقبته فاخذته هذه مرة وهذه مرة

الثنية ؛ لأنك كثيراً ما تقطعها . وليست اصابة القناة قاصرة على قطعها على نحو ما ذكر ، بل يمكن أن يدمجها الجراح فى ربطه عنق الكيس ان لم يفصلها تماماً فى كل طولها فى ميدان العملية . وأما تمزق الأوعية التى ترافق القناة فليس من جسام الأمور إذا ربطها الجراح . وليس نادراً أن يشاهد الجراح تجمعاً دمويًا فى الصفن ؛ بعد عملية الفتق ، على أثر اصابة بعض هذه الأوعية

دعى أحد الجراحين لإجراء عملية بسبب نزف باطنى على أثر عملية شفائية للفتق . فوجد الجراح أن الحبل المنوى قطع قطعاً تاماً . وكان الجراح الذى أجرى العملية الأولى حاذقاً ماهراً ، وقد تولّاه الذهول بسماعه خبر هذه الحادثة

ورم الخصية وضمورها

من العوارض التى قد تشاهد بعد عملية الفتق، ولا أحسب إلاّ أنها ناشئة عن اصابة الحبل المنوى

القيلة المائية

هى مما يشاهد أحيانًا بعد العملية . وتنجم عن اصابة الأوردة المنوية والأوعية اللمفاوية اصابة عظيمة تدعو الى ربطها أو الى تخثرها

الدوالى

مضاعفة نادرة ، ولعلها من الغلو فى تضييق فتحة الأربية الظاهرة

جرح الأوعية الحرقفية الظاهرة والأوعية الفخذية

قد تجرح هذه الأوعية بالغوص بالإبرة فى أثناء خياطة الوتر المشترك برباط بوبارت، ولنذكر أن الأوعية الفخذية أسفل هذا الرباط مباشرة . وقد رأى بعضهم الشريان الحرقفى الظاهر وقد جرح بهذا الشكل حتى أضطر الجراح لربطه . ويروى آخر أنه رأى الوريد الحرقفى الظاهر يجرح دفعتين . ولعل ما يحدث من تخثر الأوردة الفخذية عقب عملية الفتق يكون من إصابتها بالإبرة .

جرح المثانة البولية

قد يحدث أن جزءاً من المثانة البولية يجذب الى الأسفل مع الكيس البريتونى ؛ وأكثر ما يكون ذلك فى الفتق الكبير فى كبير السن . ويمكن تعرف المثانة بسهولة وهى ملتصقة بالكيس من ناحية الخط المتوسط . على أن الجراح قد لا يعرفها فيربطها مع عنق الكيس . وهى حادثة كثيرة الوقوع فى التاريخ الطبى ، وعواقبها وخيمة جداً . وتقتضى التحرز الشديد .

وقد صادفتنى المثانة البولية فى عملية الفتق دفعتين .

فأما الدفعة الأولى فكانت فى عملية فتق شفائية لسيدة سويسرية . وكان الجزء المثانى صغيراً عرفته بسهولة . وتوقيت خطر جرحه .

وأما الدفعة الثانية فكانت فى عملية فتق أربى راجع بعد عملية أولية فى رجل متوسط العمر . وكنت أنا الذى أجريت العملية الأولية للفتق ، وكان كبيراً جداً ومختنقاً . ولعل سبب رجوعه بعد العملية عملها والأنسجة غير سليمة من الظواهر الالتهابية على أثر الاختناق . وقد أهمل المريض الفتق بعد رجوعه حتى صار كبيراً ؛ مما جعل العملية غاية فى الصعوبة لغموض الميدان التشريحى من التحام العملية السالفة . وفى أثناء محاولتى فصل كيس الفتق عثرت على شبه كيس آخر متفرع من الكيس الأولى . وقد فتحت فتحاً صغيراً للتحقق منه فاذا هو جزء متمدد من المثانة البولية فأحكمت خياطته وأتممت العملية . ويسوءنى أن أذكر أنى علمت قريباً برجوع الفتق للدفعة الثالثة والمريض يستدرجنى للعملية الثالثة وقد نصحته بالاكتفاء بما كان

صعوبة الاهتداء الى كيس الفتق

وطول البحث عنه مما يفضى الى تمزق الحبل المنوى . ويمكن اتقاء أكثر هذه الصعوبة بالفحص عنه فى موضعه الحقيقى عند فتحة الأربية الباطنة .

ويجب ربط الكيس بخرق عنقه بفتلة الرباط مخافة انزلاق العقدة بعد قطع الكيس

واختفاء جذعه فى البطن . والذى يحدث عن ذلك بقاء سطح متعر فى البطن قد يلتصق به جزء من المعى أو الثرب بعواقب غير محمودة .

والسائل أن يسأل ما مقدار ما يجب استئصاله من الكيس ، فان كان الفتق خلقياً ممتداً الى الطبقة الغمدية للخصية فاستئصال الكيس استئصالاً كاملاً يطيل وقت العملية و يعرضنا لخطر إصابة الحبل المنوي ، وخير ما يعمل هو فصل الكيس عن عنقه ، والاكتفاء بربطه وقطعه فى هذا الموضع . فذلك خير لغير الخبير من الجراحين ، بل وللخبيرين أيضاً لعدم سهولة تشريح الكيس كله . والاعتراض النظري الوحيد على هذا العمل هو احتمال تخلف قيلة مائية فى الأربية عن بقاء الكيس . فليكن ذلك ، فهو لا شك أرحم من العوارض الأخرى . أما إن كان الفتق مكتسباً وكان من السهل استئصال الكيس فالواجب استئصاله .

وهناك صعوبتان قد يصادفهما الجراح فى عمله فى عمليات الفتق الكبير المزمن .

فأما الصعوبة الأولى فهى التصاق محتويات الكيس بالكيس التصاقاً شديداً يحول دون فصلهما بغير ضرر . وخير ما يعمل فى هذا الوقت هو تشريح الكيس من خارجه وفصله من الأنسجة المجاورة ، ثم قلبه الى الداخل مع محتوياته بعد إزالة ما يمكن إزالته من الالتصاقات .

وأما الصعوبة الثانية ففى الفتق الكبير المزمن المحتوى على جزء من المعى الغليظ مما لا يكون مغطى بالبريتون . ففى هذا الفتق تنزلق اجزاء من المعى الغليظ مما لا يكون له مساريقا خلال فتحة الفتق وتلتصق بالانسجة الرخوة القريبة منها . والمهم فى مثل هذه الأحوال تعرف الواقع فى الدور الأول من العملية لكيلا يحدث شيء من الضرر للمعى وأنت تحول ارجاعه للبطن وتخليص كيس الفتق . والمهم، على الأخص، معرفتك أن المعى ملتصق بالكيس ؛ بل هو جزء من الكيس لأن الجزء الخلفى منه ليس له غطاء بريتونى .

وأحياناً يصادف الجراح الزائدة الدودية فى محتويات الفتق ، وعليه وقتئذ أن

يستأصلها ، قبل ارجاع المحتويات فى البطن ، مخافة أن يعتريها الالتهاب من تداولها فى أثناء العملية

وقد يزعم الجراح أن من الصعب ادخال المحتويات الخارجة اذا كان الفتق كبيراً وهو زعم فاسد اذا أجيد تجهيز المريض للعملية ، وكان المنوم بعمله خبيراً . أما الخطر الحقيقى فهو ما يمكن أن يحدث من الضيق للتنفس والقلب من ضغط المحتويات الصدرية بازدحام البطن فى الأيام الأولى بعد العملية . وللتغلب على هذه المتاعب لا بد من اتقاء الامتلاء المعوى

الخطأ فى ناحية الفتق

حدث لأحد الجراحين أن كلفه أحد زملائه لإجراء عملياته بالنيابة عنه فى المستشفى فوضع المريض على المنضدة ، وتليت ورقة المشاهدة، فكان فيها أنه مصاب بفتق أربى فى الجهة اليمنى . وقد جهز كذلك . فابتدأ الجراح المنتدب فى عمله فى الجهة اليمنى، لكنه لم يعثر للفتق على كيس . فزعم أن هناك سهواً كتابياً فى ورقة المشاهدة ، وأن الفتق لا بد أن يكون فى الأربية اليسرى . وقد كان . ولعل هذا السهو الكتابى كثير الوقوع وخصوصاً اذا كتبت المذكرات من فكر الإنسان لا من المريض وقت مشاهدته . وكثيراً ما يتساءل الجراح فى المستشفيات الكبيرة كمستشفى قصر العينى ومستشفى عباس ، عن ناحية الفتق قبل أن يبدأ عمله أهو فى الناحية اليمنى أم فى الناحية اليسرى لكنى لا أذكر حادثة أخطأ فيها الجراح على نحو ما ذكر

الفتق المختنق

قد يصعب التمييز بين الفتق الاربى والفتق الفخذى فى حالة الاختناق. فاذا حسب الآسى الفتق فخذياً فجعل الشق للعملية رأسياً ، ثم وجده أربياً اختلط عليه أمره بهذا الشق . والشق المستعرض الذى يوازى رباط بوبارت ويكون قريباً منه لا يربكه فى عمله

حيوية المعى

من أكبر الصعوبات التى يلاقيها الجراح ، فى أثناء عملية الفتق المختنق البت فى حيوية المعى الذى يعرض له فى الكيس لعدم وجود مرشد صادق . والمعتاد أن يرجع الجراح فى البطن المعى اذا كان لامعًا ، مرنًا ، ليست فيه بقع متغنغرة ولا رائحة رديئة ؛ على أن مثل هذا المعى قد يحدث فى البطن ، على نحو ما سنذكر ، متاعب بسبب تخثر أوعيته أو غير ذلك. فان اعتزمت على ارجاع المعى فى البطن فمن الضروري أن تستخرج من البطن جزءً من المعى لمعاينة الجزء الذى حدث فيه الاختناق فعلاً ؛ لأنهُ يكون عرضة للتقرّح أو الانثقاب . ويعرف أحد الجراحين مريضًا توفى عقب العملية من الانثقاب والالتهاب البريتونى لأن الجراح الذى أجرى عمليته أغفل الفحص عن موضع الاختناق .

ويقترح بعضهم ، فى حالة الشك فى سلامة المعى وحيويته ، أن يدفع المعى فى البطن ، وأن توضع أنبوبة خلال فتحة الفتق لكى ينحصر الالتهاب البريتونى الآتى فى موضع محدود . وهذا الاقتراح قائم على حسب أن المعى الذى أدخل فى البطن يبقى قريبًا من فتحة العنق ، والواقع أنهُ قد يتخذ مكانًا قصيًا [١] عن الفتحة على نحو ما رآه بعضهم فى المشرحة فى مريض عملت له هذه الطريقة

على أنى قد اتبعت هذه الطريقة فى أحوال كثيرة كنت أرتاب فيها فى حيوية المعى ، وكانت النتائج حميدة ، وكنت أشاهد ، فى أثناء التضميد ، أن مقداراً غزيراً من سائل مصلى كدر أو سائل مصلى دموى يخرج خلال الأنابيب الموضوعة . وهذا السائل هو كالذى يجده الجراح فى كيس الفتق المختنق . وكنت أحمد الله سبحانهُ وتعالى على الهامى باتباع هذه الطريقة لأنى أعتقد أن هذا السائل لو لم يخرج من البطن لاتخذ طريقه فى البطن ناشراً الالتهاب البريتونى ، وباسطًا اياه فى عامة البطن

ولكى يستطيع الجراح إرجاع المعى فى البطن لا بدّ له من قطع الأنسجة التى أحدثت

---

(١) القصى البعيد

الاختناق . وههنا موضع حادثة أو اكثر . فقد يجرح الجراح المعي بالمشرط الذى يقطع بهِ الأنسجة وهو يقطعها ، ولو لجأ الى ادخال المجس القنوى للفتق الى البطن بالقرب من باطن الكيس ، ثم قطع الحلقة الخانقة ، لأن المعى كثيراً ما ينزلق على المجس بطريقة غريبة . هذا الى أن الخطر يكون شديداً على المثانة البولية إذا صادف وجود جزء منها فى الجهة الأنسية من الكيس البريتونى عند محاولة الجراح شق حلقة الخنق من داخل الكيس . وان كان الاختناق شديداً فقد لا يبعد أن يكمل المجس نفسه الاثقاب فى الموضع الذي يكون على وشك الاثقاب . والأمثل أن يتحقق الجراح الأنسجة التى أحدثت الاختناق ، ويقطعها من الخارج الى الداخل مسترشداً ببصره فيما يقطعه . وهى طريقة ، وان تكن بطيئة إلاّ أنها مأمونة . وإن يكن المجس القنوي للفتق ضروريًا لقطع رباط جنبرنات قطعًا جزئيًا مثلاً فى الفتق الفخذى ، فليدخله الجراح بين خلال الفتحة الفخذية بين الكيس والرباط ، لا بين الكيس والامعاء

وعليك ألاّ تسرف فى قطعك رباط جنبرنات لأنهُ من الأنسجة المهمة السائدة . ولتعلم أن الاسراف فى قطعهِ قد يهيء لرجوع الفتق . وليكن القطع بقدر ما يزيل الاختناق

ولتحرص الحرص كله ، وأنت تعمل بمشراطك فى هذا الدور من العملية لاتقاء خطر جرح الأوعية العظيمة . لأن الشريان الساد يتخذ طريقًا شاذاً اذ يتفرغ من الشريان الشراسيفى الباطن ، ثم يلتف حول مقدم الكيس والجهة الانسية منه قبل اتجاهه الى الشرم الساد . ويقال انهُ يشذ ، بهذا الشكل فى ٤ فى المائة من الأحوال ، ولهذا كان من الضروري أن يحتاط الجراح فى عمله

وقد لا يحتاج الجراح الى المجس القنوى اذا كان الفتق اربيًا لأن الاختناق يكون غالبًا عند فتحة الاربية الظاهرة . ويحسن أن يذكر الانسان أن الشريان الشراسيفى الباطن يمر الى الامام بالقرب من الجهة الانسية لكيس الفتق ، وأحيانًا يكون على الجهة الوحشية . وهو شريان كبير . واذا قطع فقد ينزف غزيراً ويصعب ضبطه

استئصال المعى

لا بد من الكلام فى مسألتين جديرتين بالذكر بشأن استئصال المعى الذى تلف من الاختناق تلفًا يستدعى استئصاله . فأما المسألة الأولى فهى :

قد يدفع الجراح دافع طبيعى فيستأصل الجزء المصاب من المعى ، و يصل الطرفين المقطوعين بحالتهما فى جرح العملية . فان فعل ذلك فقد يجد شيئًا من الصعوبة فى ادخال الجزء الموصول الى البطن بسبب حجمه . وقد يكون من الضرورى ، فى حالة الفتق الفخذى ، قطع رباط بوبارت لتوسيع الفتحة توسيعًا يسمح للامعاء بالدخول فى البطن. على أن هناك أسبابًا قوية تقضى باتقاء قطع هذا الرباط . وانهُ وان يكن من الممكن عمل الاستئصال ، ووصل الطرفين كما يظهران فى الجرح ، الا اننا نحتاج الى فتح البطن فى الخط المتوسط لعمل الوصل . واذا اضطررنا الى استئصال جزء كبير من المعى فالأفضل عمل ذلك كله خلال جرح فتح البطن

وأما المسألة الثانية فهى :

كثيراً ما يرى الجراح أن يستأصل جزءاً اكبر من الجزء المتغنغر فعلاً . والسبب فى ذلك امتلاء الجزء المعوى أعلى موضع الاختناق ، بالمحتويات السامة ولذلك يصير غير سليم ، وربما كان مشلولا

وقد تأتى المضاعفات عقب عمليات الفتق المختنق من ارجاع المعى الذى وإن يكن غير متغنغر إلاّ أنهُ أصبح تالفًا ، متخثراً ، غير قادر على استرجاع وظيفته وتتضح هذه المضاعفات، اذا تركنا الالتهاب البريتونى جانبًا ، بشكل احتباس معوى . وأحيانًا يأتى الانسداد الذي يحدث تدريجًا عقب التواء والتصاق فى المعى نتيجة التهاب بريتونى موضعى

ويذكر بعض الجراحين شكلاً من الضيق فى المعى بغير التصاقات عقب رد الفتق المختنق . ويكون الجزء المعوي المصاب غليظًا قاسيًا . ويحدث فيه ضيق شديد . ويسمى هذا النوع التليف المعوي الضخامى [1]

---

(١) Hypertrophic fibrosis of gut.

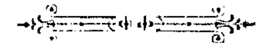
الفتق السرى والفتق الشراسيفى

وقبل ختام هذا الموضوع لا بد من ذكر كلمة موجزة بشأن الفتق السري والفتق الشراسيفى .

ليس للفتق السري كيس بريتونى مميز . هذا الى أن الأغشية التى تغطيه تكون غالبًا رقيقة ، وتكون المحتويات ، غالبًا ملتصقة بالأغشية التى تغطيها . وان لم يكن الجراح شديد الحرص فانهُ قد ينال المحتويات بمشراطه . ولذلك يحسن فتح البطن ، أولاً أعلى موضع الفتق مباشرة ثم السير تدريجًا بنظام لانهاء العملية

و تستحسن الشقوق المستعرضة عن الشقوق المستطيلة لأن أغلب الياف الصفاق البطنى فى اتجاه مستعرض ، ولأن الفتق يكون من انفراج بين هذه الألياف

ولتعلم أن اصابة القولون المستعرض قريبة الوقوع وأنت تربط الثرب العظيم . ويروى أحد الجراحين أنهُ يعرف حالة ربط فيها جزء من القولون المستعرض



الفصل الثامن عشر

اصابات الكبد والقنوات الصفراوية

خراج الكبد

ترى المرضى ، أحياناً ، وعندهم حمى مزمنة ، وعرق غزير ، وهزال سريع ، وتكون هذه الأعراض ناشئة عن خراج فى الكبد لم يشتبه فيه . ذلك لأن من الشائع جداً ، أن يتغاضى الجراح ، عن التقيح الكبدى ، لعدم وجود علامات موضعية واضحة ؛ بغير أن يسترسل فى الفحص . ولتعلم أن الألم عرض متأخر بالنسبة الى سائر الأعراض ، ولا يظهر الاّ اذا امتد الالتهاب فى محيط الكبد

أما الأعراض الأولية فالحمى والهزال السريع . وكثيراً ما يتضح للجراح أن المريض قد أصيب بالزحار[١] سابقًا . وقد تكون الفترة ما بين الزحار وخراج الكبد طويلة

فينسى المريض إصابة الزحار . وقد لا يحسب لمرضه القديم علاقه بمرضه الحديث وقد ذكر ترنر[٢] مثلين من مشاهداته ، كانت الفترة ما بين المرضين فى المثال الأول ثمان وعشرين سنة ، وفى المثال الثانى سبع عشرة سنة

هذا الى أن خراج الكبد المنفرد قد يأتى بغير زحار سابق ؛ إذ يكون من علامات السم الدموى الصديدى[٣] ، وخصوصا السم الدموى الصديدى البابى[٤] على أثر التهاب الزائدة الدودية ، أو أى مرض آخر عفن فى البطن . وكذلك يعرض الخراج المنفرد من بزل استقصائى للامبايما ؛ اذ تخترق الابرة التجويف الصديدي ، فالحجاب الحاجز ، فالكبد ، فتحدث العدوى . وقد ينشأ الخراج ، أيضًا ، مستقلاً بنفسه ، بسبب وجود البذرة العنقودية الذهبية[٥]

---

(١) الدوسنطاريا
(٢) Turner.
(٣) Pymia.
(٤) Portal Pymia.
(٥) Staphylococcus aurus.

وليست ضخامة الكبد ضخامة عامة معينة من الخواص البارزة فى الأدوار الأولى من الخراج الكبدى المتفرد . و يصح ، أن أذكر ، بهذه المناسبة، أن المرضى بكباد [١] مزمن متقدم أو بورم خبيث فى الكبد، كثيراً ما تأخذهم الحمى، بقشعريرات، و يبدو عليهم الهزال، و يتضح عندهم زيادة فى الكريات الدموية البيضاء ذات النويات متعددة الأشكال [٢] والمعتاد أن تصون الجراح من الزلل ، العلامات الإكلينيكية ، وخاصة ضخامة الكبد ، وجمودها ، وحافتها السفلى المعقدة بعجر كثيرة ، على شرط أن يكون عالماً بحدوث الحمى وزيادة الكريات الدموية البيضاء ذات النويات متعددة الأشكال فى الكباد المزمن والمرض الخبيث .

واذا اشتبهت فى خراج فى الكبد اشتباهاً يعضده الفحص الاكلينيكى الكامل الذى يتضمن الفحص عن الدم ، عداً وتمييزاً [٣] ، فلا بد من البزل الاستقصائى . وهو مما يقتضى أن أذكر بشأنه بعض الملاحظات وإليكها :

(١) لا بد من استعمال إبرة استقصائية كبيرة ، أو آلة بازلة كبيرة ؛ لأن صديد خراج الكبد ثخين فلا يمر بسهولة خلال إبرة دقيقة . ويذكر أحد الجراحين مريضاً بخراج فى الكبد مر عليه جراحه لعدم استعماله ابرة كبيرة فمات المريض بغير أن يعالج الخراج .

(٢) لا بد من عمل الاستقصاء ، والمريض منوّم بالمخدر لأسباب كثيرة ؛ منها أن استعمال الإبرة الكبيرة مؤلم ، ومنها أن الجراح قد يحتاج الى إدخال الإبرة بضع مرات ، ومنها أن المريض إذا تحرك ، واضطرب من الألم ، والإبرة أو الآلة البازلة فى كبده ، فقد تمزقها ويحدث عن ذلك نزف غزير ، ومنها إجراء العملية مباشرة إذا وجد الجراح الخراج .

وان لم تكن هناك علامة ترشدنا الى موضع الاستقصاء فخير ما يعمل دفع الإبرة

---

(١) الكباد المزمن هو بالانجليزية Cirrhosis.

(٢) Polymorphonuclear leucocytosis.

(٣) Nunerical and differential blood counts.

الاستقصائية أعلى الحافة الضلعية السفلى بقيراطين فى الخط المتوسط للأبط . ففى هذا الموضع تنقى البلورا ، ويمكن الغوص بالإبرة مسافة أربعة قراريط ، بغير أن نصادف منسوجاً حيوياً ، على زعم أن المريض متوسط العمر

وموضع الاستقصاء هذا هو خير موضع لتصفية الخراج ، أيضاً ، ما لم تكن ، هناك ، دلالات مانعة ، فالأضلاع ، فى هذا الموضع ، منفصلة انفصالاً يسمح باستعمال جهاز مانسون الخاص[1] ، واذا كانت العملية ضرورية فخطر جرح البلورا وتلوثها بعيد .

واذا اضطر الجراح ، لسبب ما ، أن يجعل الشق عبرالبلورا ثم وجد أن الطبقتين ، الجدارية والحشوية ، غير ملتصقتين ، فمن الضرورى اغلاق تجويف البلورا بالخياطة قبل فتح الخراج . وقد يحسن حشو الجرح بالدسام ، وتأجيل العملية نحو أربع وعشرين ساعة ، ليأمن الجراح تلوث البلورا ، وينحّى عن المريض مضاعفة شديدة ، قد تكون موبقة

ولا يقتصر علاج الخراج الكبدى الحار[2] ، أى الذى يحدث فى البلاد الحارة ، على التصفية فحسب ، ففى الأحوال الزحارية [3] قد يتكوّن ثانياً الخراج . ويعرف أحد الجراحين مريضاً عملت له خمس عمليات فى سبع سنين ، لتكرر الخراج الكبدى . ولا بد ، لاتقاء هذه العواقب ، من العلاج الجيد الذى يتضمن استعمال الامتين

التهاب المرارة

ان من الصعب تشخيص التهاب المرارة . والأغلاط فى هذا التشخيص كثيرة . وربما قلت الأغلاط ، واتخذ العلاج سيراً حميداً اذا عرفنا جميعاً أن نوبة الحصيات الكبدية أو المرارية هى أيضاً نوبة التهاب المرارة ، وقد تكون الحصيات الكبدية سببها . والالتهاب الناشئ عن الهجوم البكتيرى هو سبب الألم ، لا مرور الحصاة فى القنوات الكبدية

وكثيراً ما يحسب ألم التهاب المرارة ، خطأ ، انهُ ألم التهاب الزائدة الدودية . فعلى

(١) Manson's Special Apparatus.

(٢) Tropical.

(٣) Dysenteric

الجراح فى هذا الموضوع أن يقدّر ، لرأيه فى التشخيص قبل إبدائه ، وجاهته ؛ فما من آفة من آفات البطن المختلفة الاّ وقد حسبت خطأ أنها هى المرض المصاب به المريض بدلاً من المرض الحقيقى وهو التهاب المرارة ، حتى لقد حسب بعضهم أن المرارة الممتلئة (استسقاء المرارة) أنها كيس مبيضى . ولعل خير مرشد للتمييز بين التهاب المرارة والتهاب الزائدة هو تحديد اكثر مواضع البطن مضاضة ويبساً تحديداً بعناية تامة

وقد يحسب الفص الكبدى الأيمن أنه مرارة ممتلئة . والفص عبارة عن بروز لسانى من الكبد ، يكون فى جانب المرارة لكنه مما يسوق الجراح الى الخطأ أحياناً ، كما حدث لأحد الجراحين إذ استشارته إحدى السيدات لألم يعاودها فى الجهة اليمنى من البطن ، وكان عندها ، بالجس ، ورم ، طويل ، ناعم ، فيه مضاضة قليلة ، ومتحرك قليلاً . فزعم الجراح أنها مصابة باستسقاء فى المرارة . ولقد اتضح ، من فتح البطن ، أن المرارة سليمة وأن الذى حسب ورماً ليس إلاّ فص ريدل الكبدى ، وكان أكبر من المعتاد . ولقد قيل أن هذا الفص الكبدى كثيراً ما يتضمن الحصاة الكبدية ، لكنه ، فى هذه الحالة ، لم تصحبه الحصاة الكبدية ، ولا الالتهاب المرارى .

وقد يصعب التمييز بين الحصاة الكلوية والكبدية . ولقد دعى أحد الجراحين ، ذات مرة ، لإجراء عملية لرجل بادن ، دموى ، لحصاة فى كليته اليمنى . وأخبر أن المريض اعترته نوبات مغص كلوى وبول دموى . ولم يتضح ، بالفحص اكثر من مضاضة فى موضع المرارة . وظهر ، من صورة الأشعة ، أن عنده ثلاث حصيات فى موضع الكلية اليمنى . فسأل الجراح طبيب الأشعة كيف يتحقق الإنسان من أن هذه الحصيات ليست كبدية فأجاب إنها فى موضع الحصيات الكلوية . ولم تكن الحصيات متلامسة الوجوه ، وكانت محدودة جيداً إذا اعتبرنا بدانة المريض .

فاستقصى الجراح الكلية اليمنى ، ولما لم يجد فيها الحصى ، عمد إلى المرارة ، فاستخرج منها الثلاث حصيات التى اتضحت صورتها بالأشعة

وصور الأشعة الجانبية قد تفيد للتمييز بين الحصيات الكلوية والمرارية ، لأن ظل الحصيات فى الحصيات الكلوية ، يكون ، غالباً ، خلف الحافة المقدمة لما يوضح العمود

الفقارى ، لكنه فى الحصيات المرارية ، يقع ، على الأغلب ، أمام هذا الخط .

وأذكر أنى عالجت مريضاً ، وكان قاضياً بالمحكمة الشرعية ، فيما زعمت أنه التهاب فى الزائدة الدودية . ولما لم يتحسن تماماً ذهب من قليوب ، حيث كنت أعالجه ، إلى مصر حيث استشار اثنين من الجراحين ، على انفراد . فأخبره أحدهما أن المرض حصيات كلوية فى الجهة اليمنى ، ووافق الآخر ، وكان أكبر الاثنين شهرة ، على أن المرض التهاب فى الزائدة ، وصار يتحسن أحياناً ، وينتكس أخرى ، غير خاضع للعملية . وأخيراً سافر إلى بلده فى مديرية أسيوط ، فظهر عنده اليرقان مما دفع الجراح إلى تشخيص المرض بحصيات مرارية . ولقد تضعضع للعملية ، هناك ، فاستخرجت منه عشرات من الحصيات المرارية .

وقد يلبس ألم التهاب المرارة وسائر أعراضه ببعض الأمراض الصدرية . فثبات الناحية اليمنى من الحجاب الحاجز ثبوتاً نسبياً ، وعدم حركة الناحية اليمنى من الجدار الصدرى مما يصحب غالباً الظواهر الالتهابية فى البطن فى القسم الكبدى ، قد يوجهان نظر الطبيب للرئتين والبلورا . ولما أن الهبوط الرئوى الثانوى ليس نادراً فقد يحسب الجراح المرض خطأ أنه التهـاب رئوي أو التهاب فى البلورا ، مدفوعاً الى ذلك بما قد يوجد أيضاً من الأزيز القاعدي، وأصوات الاحتكاك التى تحدث عن التهاب محيط الكبد [1]

عمليات المرارة والقنوات الصفراوية

لابد ، لهذه العمليات ، من وسادة متينة للقطن لتدوير الكبد، ولكشف الانسجة التى أسفلها، ودفعها إلى الأمام لتسهيل العمل . وأول ما يعمل، بعد فتح البطن، هو الفحص عن المرارة وعن القنوات الصفراوية ؛ ومن العمل الصالح أن تفحص عن البنكرياس فى الوقت نفسه . وقد يُنسى الجراح ما يجده من مرض المرارة أن يفحص عن القنوات مباشرة ، مؤجلاً ذلك إلى الدور الأخير من العملية فتفوته مزايا كثيرة . ولاستجلاء الكبد والقنوات الصفراوية يلزم رفع الكبد . ويتم ذلك بامساك الحافة السفلى بطبقتين من

(١) Perihepatitis.

السابري [1] وجذبها إلى الأعلى . وليكن هذا الجذب بكل رفق مخافة تمزق الكبد . فقد رأي بعضهم الكبد وقد تمزقت بهذا الجذب مما استدعى خياطة غائرة لوقف ما حدث من النزف .

وعلى الجراح أن يحرص كثيراً، فى أثناء جس القناة الصفراوية المشتركة فلا يحسب ضخامة الغدة اللمفاوية التى تكون قريبة من القناة حصاة داخلها . فان فعل فقد يرتبك ارتباكاً عظيماً

وكثيراً ما يهمل الجراح، وقد رأى التهاباً فى المرارة وحصيات فيها ، الفحص عن القنوات الصفراوية . وكثيراً ما تعمل العمليات للنواصير الصفراوية عقب تصفية المرارة فتوجد حصاة فى القناة المشتركة

على أنه ليس من السهل على الجراح أن يتحقق أفى القناة الصفراوية المشتركة حصاة أم لا ؛ لأنهُ ليس يسهل جس الجزء السفلى منها لوجود البنكرياس ، وقد لا تدرك أرق الأصابع احساساً ، وأدقها عملاً ، الحصاة وهى كامنة فى الجزء السفلى من القناة . ولا تجدى الاستعانة بالمسبر . على أن للجراح دليلين على وجود الحصاة فى هذا الموضع ، وهما :

(١) تمدد القناة المشتركة

(٢) وضخامة رأس البنكرياس

فاذا وجدت هذين الدليلين فلا بد من وجود حصاة فى القناة ، ولتحاول دفعها إلى الأعلى فى الجزء المتمدد بالضغط فى جهات مختلفه ليسهل عليك استخراجها

وقد يحدث أن الجراح ، إذا وجد ضخامة فى رأس البنكرياس ، أن ينسبها إلى التهاب بنكرياسى ، فلا يتمادى فى الجس ممـا يجعله يترك الحصاة فى القنـاة ؛ وهى غلطة شائعة شائنة

ولنحسب أننا بعد فتح البطن وجدنا التهاباً فى المرارة فما هى الطريقة التى تتبع ؟ أنستأصل المرارة أم نكتفى بتصفيتها ؟

---

(١) السابرى ثوب رقيق جيد هو الشاش

إن المرارة الملتهبة التهاباً مزمناً لا خير منها بل ضررها أكبر من نفعها ؛ ذلك لأن السرطان قد يدب اليها . لكن استئصال المرارة عملية أجل خطراً من تصفية المرارة . هذا إلى أن حرمان المريض من مرارته تحرمه من وسيلة سهلة للتصفية فى المستقبل إذا اضطر المريض إليها بسبب اصابته بالتهاب بنكرياسى مزمن أو خلافه . ولعل القاعدة التى يصح أن يسير عليها الجراح آمناً الزلل هى استئصال المرارة إذا كان بها التهاب مزمن وأصبحت بغير فائدة ، وتصفيتها فيما عدا ذلك من الأحوال

ولا بد من التنبيه الى موضوعين جديرين بالعناية :

فأما الموضوع الأول فهو ضرورة استبقاء ما يمكن ابقاؤه من الغلاف البريتونى للمرارة ، لضم حافاته ، بعد الاستئصال ، لتغطية السطح المتعرى من الكبد . فاذا شق البريتون بعيداً عن المرارة عاد من المستحيل ضم حافاته ، وصار المريض معرضاً لالتصاقات متعبة فى المستقبل

وأما الموضوع الثانى فهو ضبط الوعاء المرارى فى أقرب ما يمكن فى العملية ، وقبل البدء فى نزع المرارة من الكبد . والسير بهذا النظام يحول دون حدوث نزف غزير يتبهم معهُ ميدان التشريح ، ويعطل العمل تعطيلاً غير حميد . وقد حدث النزف ، ذات مرة ، من الشريان المرارى ، فى عملية لأحد زملائى ، نتيجة عدم احكام ربطه . وقد اتضح موضع النزف بعملية أخرى لم تجد المريض نفعاً ؛ لأنه مات

وهناك خطر آخر فى عمليــة استئصال المرارة وهو جرح القناة الكبدية ، والقناة المشتركة عند موضع اتصالها بالقناة المرارية . ولتعلم أن القناة المرارية كثيراً ما تقصر فى أحوال الالتهاب المزمن فى المرارة ، وإن لم يحاول الجراح الكشف عن القناة الكبدية والقناة المشتركة بالمعاينة المباشرة فقد ينالها الجراح وهو يزعم أنه يقطع القناة المرارية

وفى بعض الأشخاص يمر وريد الباب إلى الأعلى . أمام العفج ، والقناة الصفراوية المشتركة ، والشريان الكبدى ؛ لا خلفها . وانهُ فى مثل هذه الأحوال ، يكون معرضاً للأذى إن لم توضح الأنسجة فى ميدان العمل توضيحاً تاماً

المضاعفات

إن النزف خطر حقيق عقب العمليات التى تعمل للمصابين بالبرقان . وخاصة إذا كان البرقان مزمناً أو شديداً . ولك وسيلتان ، فى مثل هذه الأحوال ، لتقليل الخطر أو لتنحيته .

فأما الوسيلة الأولى فهى الفحص عن المريض فحصاً جيداً للتحقق من علامات الفرفورة . فإذا وجدت بقع نزفية فهى دلالة مانعة حاسمة . ووقتئذ يلزم تأجيل العملية حتى تزداد قابلية الدم للتجمد بكلورور الكالسيوم، والمصل ، والهيمو بلاستين ، أو بوسائل أخرى. ويحسن اعطاء كل مريض مصاب بالبرقان كلورور الكلسيوم، قبل العملية و بعدها

وأما الوسيلة الأخرى فهى وقف النزف

الناصور الصفراوى

لا بأس من عدم نزول الصفراء ، أو نزول قليل منها من أنبوبة التصفية فى اليوم الأول ، أو اليومين الأولين ، عقب عملية تصفية المرارة . فليس نادراً عدم نزول الصفراء نزولاً غزيراً ، وسببه ما يحدث من الورم الالتهابى فى الغشاء المخاطى المبطن لقناة المرارة وكثيراً ما يتحسن هذا الالتهاب من نفسه ، وتبتدئ التصفية . وشر من ذلك عدم انسداد الناصور فى الزمن المناسب . ولتعلم أن استمرار نزول المادة الصفراء ناشيء عن :

(١) العادة القديمة التى كانت تقضى بخياطة جدار المرارة بالجلد ، وهى عادة يجب ابطالها

(٢) وجود انسداد فى القناة المشتركة كحصاة مثلاً

(٣) أما اذا كان الافراز مخاطياً بغير مادة صفراء فالعطل فى القناة المرارية

(٤) أما اذا كان الافراز صديدياً لا يخالطه مخاط أو مادة صفراء فالسبب غرزة متقيحة . والأحسن ألا يعد هذا الناصور صفراوياً

ويحكى أحد الجراحين أنهُ عرف مريضاً كان السبب فى استمرار ناصوره الصفراوى قطعة اسفنج وضعت فى المرارة ، فى اثناء العملية ثم نسيت

الفصل التاسع عشر

الطحال

تمزق الطحال – اذا كان الطحال كبيراً غير سليم وتمزق حدث الموت السريع الذى يسمى بالزؤام . أما إذا كان الطحال طبيعياً وتمزق بغير أن يصحب تمزقه عارض آخر فى الأعضاء الأخرى فقد تمر على المصاب فترة يخيل للإنسان فيها أنه سليم . هذه الفترة فترة سكون الخطر ، أو إن شئت فقل كمونه ، أخطر ما تكون على حياة المصاب وسمعة الجراح لأسباب ظاهرة لا تحتاج الى تعليق . هذا الى أن النزف الباطنى المتكرر كثير الوقوع فى أحوال تمزق الطحال ؛ مما يمكن أن يكون فيه خطر آخر لغير الحريص من الأطباء ، لأن المصاب كثيراً ما تتحسن حالته تحسناً غريباً مستمراً ، بعد النزف الأصلى مما يدعو الجراح الى ارجاء الوسائل العملية . فيحدث النزف ثانياً ، وربما كان فى هذه الدفعة أغزر منه فى المرة الأولى فترى المصاب ، وقد شحب لونه ، وصار هائجاً منحطاً انحطاطاً لا يسمح بالتعرض له فى شىء ما ، فيفضل تركه وشأنه . وقد يتحسن ثانياً ، فيستأنف الجراح العملية ثانياً ، فيعود النزف ثانياً . ولتعلم أن هذا التذبذب ليس نادراً ، وأن التردد فى اتخاذ الوسائل الحاسمة قد يكلف المصاب حياته . والمغزى أن أن تمزق الطحال يستدعى العملية فى أقرب وقت مناسب

ضخامة الطحال

قد تلبس ضخامة الطحال بأورام مختلفة أخرى ناشئة داخل البطن أو خارجه . وليس هذا محل التشخيص التمييزى لأن ذلك مما يقتضى التطويل . ولنقتصر على بيان وجه الصواب فى الطحال الضخم أيستأصل أم لا

ولكى تبدى الرأى الصواب لابد من معرفتك كنه الضخامة وحقيقتها . لأن استئصالك الطحال فى المصاب بالدم الأبيض أو مرض زيادة الكريات الدموية

البيضاء المعروف باللوكيميا أشنع ما يعمله الجراح . ولاتقاء الوقوع فى هذه الغلطة الفظيعة لا بد من الاستعانة بالفحص عن دم المريض . وقد يقال لك بعد الفحص عن الدم، إنهُ ليس هناك دلالة مانعة للعملية ، وإنهُ ليس فى الدم خلايا غير طبيعية، وليس فيه زيادة الكريات البيضاء . والذى يجب على الجراح ، وقتئذ ، أن يسأل : كم مرة فحص عن الدم ؟ فان كان الفحص دفعة واحدة فليستمر الجراح مبتعداً عن العملية ، ولينصح بالتريث قليلاً ثم اعادة الفحص

ولست أبالغ اذا قلت أن الواجب أن يعمل الفحص عن الدم ، ثلاث دفعات متواليات قبل البت فى العملية ؛ لأنها من العمليات التى على الجراح أن يتريث فى البت فيها ؛ ويتوانى فى الاعتزام على اجرائها

واليك مثالاً أسوقه توضيحاً لما أريد :

دعى أحد الجراحين لعيادة مريض بضخامة فى الطحال نصحهُ جراحون نصيحة حارة بالتضعضع لاستئصاله . وقد عمل له الفحص الدموى، وتضمن التقرير أن فى دمه ٣٫٢٩٥٫٠٠٠ كرية حمراء، ٨٫٦٠٠ كرية بيضاء . وهذا بيان العدد التمييزى :

كريات دموية بيضاء بنويات متعددة الأشكال وقابلة للتلون بالاصباغ المعادلة	٤٤ فى المائة
كريات دموية بيضاء بنويات متعددة الاشكال وقابلة للتلون بالأصباغ الحامضية	٠٣ « «
كريات دموية بيضاء بنويات متعددة الاشكال وقابلة للتلون بالأصباغ القلوية	٠١ « «
لمفوسيت — خلايا كبيرة	٧ « «
لمفوسيت — خلايا صغيرة	٤٤ « «
خلايا متغيرة	١ « «
الجملة	١٠٠

ولقد أجمع هذا الجراح وغيره على تأجيل العملية واعادة الفحص الدموي

ألا تدري ما كانت نتيجة الفحص الدموي فى المرات الأخيرة ؟ انها وضحت تزايداً فى عدد الكريات الدموية البيضاء تزايداً نقل التشخيص الى مرض الدم الأبيض

وليس يكفى ، فى هذه الأحوال ، عدد الكريات الدموية الحمراء والبيضاء ؛ بل الواجب استقراء الفحص التميزي . والمشاهدة الآتية المنقولة من مجلة « المستشفى » تبين لك ما أريد : —

مريض ، فى السادسة والخمسين من عمره ، شكا من ألم وورم فى الناحية اليسرى من البطن أسفل الأضلاع . وكان الورم العظيم شاغلاً الجزء المراقى الأيسر ، والقطن الأيسر ، والنصف الأيسر من القسم السرى . وكانت له حافة مستديرة ، صلبة ، محدودة ، ممتدة من طرف الغضروف الضلعى التاسع الى الأسفل والأنسية الى موضع يبعد نحو قيراط أسفل السرة . وقد أخذت عينة من الدم ، واتضح من الفحص عنها ، أن هنالك زيادة عظيمة فى الكريات الدموية البيضاء ؛ حتى لقد صارت النسبة : كرية من الكريات البيضاء الى ثمان من الكريات الحمراء . فأرشدتنا خواص الورم ، وزيادة الكريات البيضاء الى تشخيص المرض الأبيض . والحقيقة هى أن المريض كان مصاباً باستسقاء كلوي صديدي وخراج حول الكلية عن حصاة فى الكلية

الانيميا الطحالية

يوصى ، الآن ، الجراحون باستئصال الطحال فى ما يسمى بالانيميا الطحالية . و يعتقد بعضهم أن من الدلالات المانعة الكباد [١] المزمن واستسقاء البطن لأن النتيجة لا تكون مرضية . وهم ينصحون بالتحقق من هاتين الدلالتين قبل اجراء العملية . والرأى عندى أن هاتين الدلالتين لا تمنعان من اجراء العملية إلاَّ اذا كان الكباد متقدماً والاستسقاء عظيماً . بل يذهب البعض الى أن استئصال الطحال هو خير علاج للكباد فى هذه الأحوال

استئصال الطحال

لعل أفضل شق لاستئصال الطحال هو الشق الرأسى خلال العضلة المستقيمة اليسرى على بعد قيراطين أو ثلاثة من الخط المتوسط . ولا بد أن يكون الجرح كبيراً ليسهل على الجراح عمله . و يقول المستر أون ريتشاردس ، وهو مدير مستشفى قصر العينى الآن ، أن الشق اذا عمل فى الخط المتوسط فليس يستطيع الجراح الوصول الى الجزء الوحشى من الطحال ، بينما يصعب جذبه الى الخارج من الشق قبل ربط العنق

(١) هو السروز

أما اذا عمل الشق بعيداً جداً عن الخط المتوسط فالحافة الضاعية تمنع الجراح أن يوسع جرحه من الأعلى توسيعاً يمكنهُ من الوصول الى تقعر الحجاب الحاجز حيث تكون الالتصاقات، وحيث تكون الصعوبة منها . والمعتاد أن هذه الالتصاقات تكون كثيرة لكن يمكن نزعها على الأغلب ، بالأصابع . ولا بد ههنا . من التدبر لاتقاء تمزق المحفظة أو دفع الأصبع فى الطحال نفسه لأنه شديد الوعائية

ويرى البعض ، والرأى لا شك وجيه ، أن يتنحى الجراح عن الاستئصال اذا فتح البطن ووجد أن الالتصاقات عظيمة متينة .

والخطر كل الخطر ، فى هذه العملية ، هو النزف من العنيق لانزلاق الربطة . ولاتقاء هذا الخطر يلزم ارخاء العنيق ، فى أثناء احكام الربط . والمعتاد استعمال جفوت طويلة لضبط العنيق قبل ربطه . وهذه الجفوت تمسك جزءاً طويلاً منهُ فإذا ربط الجراح ، وأحكم الربطة ، والجفت لا يزال باقياً ، فكثيراً ما تشاهد الربطة مسترخية غير محكمة ، بعد رفع الجفت . فالواجب أن يرفع الجفت أوان إحكامك الربط . ومما يساعد على انزلاق الربطة استعمال الكاتجت ؛ لأن الدقيق منهُ لا ينفع للربط ، والغليظ لا يمكن احكام عقدته. وكثيراً ما ترتخى اللفة الأولى أوان عمل اللفة الثانية . وليس فى استعمال خيط الحرير فى هـذا الموضع ، شيء من الضرر ، ولذا يفضله البعض عن الكاتجت . ويجب لترسيخ العقدة أن تخترق الفتلة منسوج العنيق بابرة أنيورزم ، وأن يربط كل نصف على حدة . وبعد اتمام الربط يلزم قطع العنيق بعيداً عن الربط . وإذا كان العنيق طويلاً فلا بد من امساكه بالجفت من ناحية الطحال ، قبل قطعه ، لكيلا يكثر النزف فى الجرح فيتبهم لأن نزف الطحال غزير جداً

وخز الطحال

ليس مرض الكالازار شائعاً فى مصر وانجلترا شيوعه فى الهند. وفيه يضخم الطحال ويقل عدد الكريات الدموية البيضاء فى الدم . لكن لا يمكن التثبت من المرض الاَّ بمشاهدة الطفيلي المتطفل . وأحياناً يمكن الحصول على هذا الطفيلي من عينة من الدم تؤخذ من ضواحي الجسم [١] ؛ لكنه اكثر ما يكون فى دم الكبد ودم الطحال . فأما

---

(١) أى اطرافه

أخذ العينة من ضواحي الجسم فلا خطر منه على المريض ولا غضاضة . وكذلك يمكن وخز الكبد بغير غضاضة عظيمة . أما أخذك عينة الدم من الطحال بالوخز فخطر عظيم قد يؤدى الى الموت . ولقد فقد زميل مريضه بسبب ما حدث من النزف عقب الوخز بابرة كانت دقيقة . ولتعلم أن احتقان الطحال ؛ فى هذا المرض ؛ شديد جداً . وان قابلية الدم للتجمد تضعف عن الحالة الاعتيادية

خراج الطحال

إنهُ وان لم تسهب كتب الجراح فى هذا الموضوع إلاّ أنى قد شاهدت جملة مرضى بخراج الطحال واجريت لهم العملية . و يسرنى أن أقول انى لم أفقد ولا مريضاً منهم وقد كان فيهم الشيخ الفانى ؛ والخراج العظيم .

و يحدث الخراج عن عارض كما تذكر الكتب الجراحية . لكن المرضى الذين شاهدتهم نشأ عندهم الخراج عقب إحدى الحميات كالحمى التيفودية ؛ أو التيفوسية ؛ والحمى الراجعة ويختلف مقدار الصديد فأحياناً يكون المقدار ضئيلاً ؛ وأحياناً يكون عظيماً فيتلاشى المنسوج الطحالى و يكاد يتخذ الخراج شكل الاستسقاء . وأما الصديد فقريب المشابهة بصديد خراج الكبد . وعليك ؛ لسهولة التشخيص ؛ ملاحظة ما يأتى :

(١) يكون للخراج الطحالى جميع علامات الورم الطحالى

(٢) ليس السطح العلوى للخراج مستوياً بل يكون ؛ غالباً ؛ محدباً

(٣) تصحبهُ ؛ غالباً ؛ مضاضة لا تشاهد فى ضخامة الطحال

(٤) ترتفع حرارة المريض لكن لا يطرد الارتفاع

عملية خراج الطحال

لم يصادفنى شىء من الحوادث فى اثناء فتح خراج الطحال . وطريقة فتحه قريبة المشابهة بطريقة فتح خراج الكبد . فان التصق جدار الخراج بجدار البطن فتح الخراج بغير احترام . أما اذا لم يلتصق جدار الخراج بجدار البطن فالواجب سد التجويف البريتونى بخياطة الجدارين معاً . ولا بأس من تأجيل فتحه نحو أربع وعشرين ساعة حتى يطمئن الجراح على سلامة التجويف البريتونى من التلوث . والمعتاد وضع أنابيب التصفية حسب ما تقتضيه الحالة

الفصل العشرون

الكلية والحالب

تشخيص الاصابات الكلوية – لك أيها الجراح فى حالة الاشتباه فى تمزق كلوى من عنف ، مسائل كثيرة النظر . ففى بعض الأحوال يسهل التشخيص ، ويقل الخطأ كأن يصاب الشخص بعنف فى القسم الكلوى ، فيأخذه ألم شديد فى القطن ، حيث تقوم العضلات بوظيفة الحارس ، ويظهر ورم ، وتتضح المضاضة فى القطن والمراق ، وتبدو على المصاب علامات الصدمة ، ويخرج الدم مع بوله . لكن الأغلب ألا تكون الحالة قياسية بهذا الشكل ؛ اذ ينقصها بعض العلامات المهمة

فقدحدث أن رجلاً فى التاسعة والخمسين من عمره رض جانبه الأيسر ، فى اثناء سقوطه من سلم فشعر بألم شديد فى الجزء المصاب ، لكن نهض ، واستأنف سيره . ولم يَشْكُ إلا من ألم فى الجانب الأيسر وبعض الصعوبة اذا حاول تنفساً عميقاً . وبعد الاصابة بثمان ساعات عسر بوله ، وصار مؤلماً دموياً . وبعد ثلاثة عشر يوماً استؤصلت الكلية لاستمرار البول الدموى الشديد

وليس الانسكاب الدموى خلف البريتون فى القسم الكلوى من علامات التمزق الكلوى كالذى ذكر اذا لم يتمزق غلاف الكلية . وفى هذه الأحوال لا يكون شيء من الصدمة والاّ فشيء قليل منها . ولتعلم أن البول الدموى هو العلامة الرئيسة وبانقطاعه أو استمراره نسترشد فى العلاج

وقد يحدث ، من الجهة الأخرى ، تمزق كلوى شديد مميت بغير أن يظهر الدم فى بول المصاب . فقدحدث أن عاملاً ناله عنف شديد فى جانبه الأيسر كسر ضلعيه التاسعة والعاشرة . وظهرت عليه علامات صدمة شديدة . ومع ذلك فلم يكن فى بوله شيء من الدم . وقيل أن المصاب به تمزق فى الطحال . ففتح البطن ، ووجد الطحال سليماً ، وكذلك سائر الأعضاء البطنية ؛ والذى حدث من الاصابة هو تجمع دموى كبير . مات

المصاب ، واتضح من تشريح جثته أن الأوعية الكلوية قد تمزقت تماماً من الكلية .
ولتعلم أن من أسباب عدم ظهور الدم فى البول عقب اصابة الكلية تمزق الحالب . فعلى الجراح ، ألا يهتم اهتماماً عظيماً بعرَض البول الدموى فيحسبه الكل فى الكل فى الاصابة الكلوية . فنقصانه دليل على سلامة الكلية لا برهان قاطع

وللنقيض شأن . فلنحسب أن السقوط أو العنف أظهر عند المريض دماً فى بوله ، فإلى أى حد يمكن أن نتخذ هذا البول الدموى دليلاً على تمزق الجوهر الكلوى السليم؟ فهنا ، كما فى سائر الأحوال ، لا تنفع الأعراض والعلامات اذا نظر اليها مفردة ؛ وإنما تنفع اذا نظر اليها جملة ، فاذا كانت الصدمة خفيفـــة ، وكذلك العلامات الموضعية ، كالألم والمضاضة فى القطن فليكن الرأى أن الغلاف الكلوى لم يتمزق ، ولنتباطأ فى اتخاذ الوسائل العملية فى العلاج انتظار أن الدم ينقطع من نفسه ، ويحدث الشفاء الذاتى . ولا نكون غالياً فى انتظارنا هذا من الخاطئين[١] . والأحسن مع ذلك ، أن نتساءل ، أكانت الكلية سليمة قبل الاصابة ؟ وما أحراك بهذا السؤال اذا كان العنف بسيطاً . لأن العضو الذى يهيجه عنف بسيط أو اصابة خفيفة أقرب ما يكون فى حالة مرضية واليك قصة :

جلس صبى على ظهر مقعد من المقاعد فى إحدى حدائق لندن فانتهز الفرصة التى سنحت ، رفيق طائش ، فدبّ[٢] من خلفه ، ودفعه بعنف وشدة . فسقط الصبى على الأرض؛ وما أكثر سقوط الصبية ، وظهر كأنه لم يصب بسوء . ولم يلبث الا قليلاً حتى ظهر هذا الصبى فى أحد المستشفيات بسبب ما حدث عنده من الألم فى القطن الأيمن ، والبول الدموى . فتفاهة الاصابة الأصلية، وعدم ظهور علامات موضعية دفعا الجراح الى الاشتباه فى اصابة قديمة ؛ وساقاه الى الاستعانة بصورة الأشعة . وقد كان . واتضح من الصورة أن الصبى مصاب بحصاة كلوية

واليك قصة طبية أخرى نشأ عنها ، فى وقتها ، خلاف شديد بين الأطباء ،واشتدت المناقشة فيها :

---

(١) الخاطىء من تعمد ما لا ينبغى على غير ما هى الحال فى المخطىء وهو من فاته الصواب
(٢) أى سار سيراً لينا

زار رجل أحد المرافئ(١)، فعثر بهِ حظه وسقط من الرصيف الى الماء مسافة خمس عشرة قدماً. وفى أثناء غوصه فى الماء، جدَّ بهِ جده : فى هذه المرة، ونفذ من التصادم بحافة قارب صغير كان فى اليم(٢). وبعد نجاتهِ من الغرق شكا من ألم فى قطنه، وأخذ الألم يشتد سريعاً، وظهر الدم فى بوله. فاعتقد الجراح باصابته بتمزق فى الكلية، وإن لم يمسسهُ شئ فى الماء سوى الماء. أتدرى ماذا كان من أمره؟ إنه كان فى نوبة مغص كلوى زالت بنزول حصاة مع بوله، وكان السبب فى نزولها تقلقلها بسقوط الرجل

وإليك مشاهدة أخرى للبول الدموى يظهر فى المصاب بأصابة خفيفة :

عثرت إحدى الفتيات فى مدرسة، وهى تلعب، بكوم من الحجارة موضوع فى الطريق. ولم يظهر عندها البول الدموى فقط، بل بدا عليها سائر الأعراض الرئيسة الدالة على تمزق الكلية، وهى : الصدمة، والألم الشديد، والمضاضة فى القطن، وورم ملموس فى القسم الكلوى. فكان من تفاهة الاصابة ما دفع الجراح الى الاعتقاد بأن الكلية لا بدَّ أن يكون بها مرض. عملت لها العمليـة، واتضح أن بالكلية ورماً — سركوم — فاستؤصل

وما أحرانا، ونحن فى بلد تكثر فيهِ المضاعفات البلهارسية فى الكليتين، أن يكون لنا من هذه المشاهدات عظة وذكرى؛ فنفحص عن التاريخ المرضي فى الشخص المصاب ونفحص عن البول هل فيه ما يدل على اصابة المصاب بالبلهارسية

وهناك مضاعفة غريبة قد تعرض للمصاب بتمزق فى الكلية. وكثيراً ما يتغاضى عنها الجراح لأن الكتب لم تسهب فيها وتوفّها حقها. هذه المضاعفة هى الانسكاب فى البلورا. فقد ذكر هذه المضاعفة كولمان(٣) وهارولد باروز(٤) وليست بنادرة فى مشاهدات الأخير

---

(١) جمع مرفأ بالفتح وهو شاطيء البحر حيث ترسو السفائن

(٢) البحر

(٣) Coleman

(٤) Harold Burrows

علاج الاصابات الكلوية

إن من المناسب فى علاج هذه الاصابات استعمال المطهرات البولية . ولتعلم أن من هذه المطهرات اليوروتروبين ، وان تناول مقادير كبيرة مركزة منهُ قد يفضى الى ظهور الدم فى البول ، اذا لم يسبق ظهوره . فان ظهر عن الاصابة فقد يفضى تناوله بمقادير غير منظمة الى استمراره

دعى أحد الجراحين لعيادة مريض بالبول الدموى المتواصل ، وقد وجد أن المريض كان يتناول عشرة قمحات من اليوروتروبين ، فى أقراص مضغوطة ، كل أربع ساعات . فنصح بترك هذا الدواء ؛ فانقطع الدم من البول مباشرة . قد يكون ذلك من باب الاتفاق ، لكنهُ ، مع ذلك ، قد ينهض مثلاً لضرورة استعمال هذا الدواء مخففاً بمقادير مناسبة مخافة مساعدته على استمرار البول الدموى

أما بشأن علاج التمزق الكلوى علاجاً جراحياً بالعملية فالرأى السائد بين الجراحين فى هذا العصر ، المبادرة الى الشق فى موضع الاصابة . وقد يخالف بعضهم هذا الرأى ، ولا يتبعهُ بطريقة نظامية . ولست أنكر أن العلاج الجراحي قد يكون فى أيدى الخبيرين من الجراحين ذوى المهارة الفائقة والتجارب الكثيرة ، أعظم نجاحاً ، على وجه العموم ، من التوءدة بحكمة ، والتأنى برزانة . ولست أغلو اذا قلت إن الجراح قليل الخبرة يكون اكثر نفعاً لمريضه وأقرب نجاحاً فى عمله ، إذا ادّخر مشراطه للأحوال القليلة التى تستدعيه بسبب استمرار النزف ، أو بسبب حدوث طوارئ عفنة وغيرها مما لاجدال فى فائدة علاجه، بجولة المشرط فيه . وأكثر ما تكون الجولة ، وقتئذ ، للاحاطة بالكلية واستئصالها

ويقول من ينصح بالتمهل فى العلاج الجراحي إن أغلب العمليات يعملها جراحون أولو قدرة معتدلة وذوو خبرة متوسطة ، وإن النظر فى ذلك خليق بمن يريد أن يسن العلاج الجراحي بصفة نظامية . وبعبارة أخرى ليس يكفى الاستدلال على ضرورة اجراء العملية فى التمزق الكلوى بخبرة النابغين من الجراحين ومهارة المتوفرين منهم

على جراحة الجهاز البولى ؛ لأنك اذا أردت أن يقصد الجراح الاعتيادي الى غرض أولئك فقد استهدف مريضه للخطر

الحصاة الكلوية

التشخيص

ليس من النادر حسب المغص فى القسم الكلوى والحالب دليلاً كافيًا على الحصاة الكلوية . وهذا المغص خُدْعة ؛ فكثيراً ما خُدع الجراح به . واعلم أنهُ وان كان مصحوبًا بالبول الدموى إلَّا أنهُ لا ينهض دليلاً على وجود الحصاة . فما من آفة من آفات الكلية إلاّ وقد تحدث المغص والبول الدموى . هذا الى أن هذين العرضين قد يكونان عن ظواهر مرضية أخرى فى غير الأعضاء البولية

فقد ذكر لوكود[1] حدوث البول الدموي فى التهاب الزائدة أحيانًا . ويذكر باروز[2] المشاهدة الآتية :

غلام فى الثالثة عشرة من عمره كان ينتابه المغص فى القسم الحرقفى الأيمن. وبالفحص عن بوله فى إحدى هذه النوبات اتضح وجود الدم ، بغير صديد أو اسطوانات كلوية . فحسب المرض مغصاً كلويًا ؛ ولما أن صورة الأشعة لم تظهر حصاة لم تعمل للمريض عملية . وبعد حين اصابه التهاب فى الزائدة الدودية ، فعملت له عملية واستؤصلت الزائدة وكانت فيها كتلة متحجرة . وفى أثناء السبع سنين التى تلت العملية لم يعتره المغص أو البول الدموى

من ذلك يتضح أن أغلاطًا كثيرة وقعت باعتبار المغص برهانًا على الحصيات الكلوية مما يشفع لنا بإيراد بعض الأمثلة

انتاب ضابطًا فى الجيش مغص حُسِب حصاة فى الكلية . وقد عملت له صورتان بالأشعة ولم توضحا شيئًا فى الكلية . ومع ذلك فقد نصحهُ الجراح بالخضوع لاستقصائها بعملية . وهذه أيضًا لم توضح حصاة فيها أو شيئًا غير طبيعى . وأعقب العملية بول دموى

---

(١) Lockwood.　　(٢) Burrows.

استمرّ أياماً كثيرة حتى أصبحت حالة المريض سيئة . فاستؤصلت الكلية . وتوفى المريض بالصدمة ، وكانت الكلية ، فى الظاهر ، سليمة

واليك مثلاً آخر :

رجل كان يبدو عليه من الأعراض ما اتخذ دليلاً على وجود حصاة فى الكلية . وما كان الفحص عنه بالأشعة ليزيد التشخيص وضوحاً . وبالرغم من ذلك أشار عليه القوم بعملية استقصائية . وهذه أيضاً لم توصل الى نتيجة وبعد العملية صار يعاوده ألم شديد ، ويحدث عنهُ بول دموى ، وبقى الدم غزيراً . فلم يوفقوا الى تسكين الألم الا بالمورفين حقناً متكرراً ، فاعتاده . وظهر عنده ، بعد ذلك ، نكاف[1] تقيحى ، فشلل وجهى ، فتخثر فى الجيوب الكهفية ، وانحدر أخيراً الى قبره

ورأى أحد الجراحين مريضة بمغص كلوى وبول دموى ، فظن أنهُ حصاة كلوية ، وبعد حين اتضح أن السيدة مصابة بسرطان فى الرحم ، وانهُ هو سبب المغص والبول الدموى

ومما يذكر حالة ورم خبيث فى الحرقفة اليسرى أعلن ظهوره بالبول الدموى و « المغص الكلوى » . ولم توضح فيها صورة الأشعة حصاة فى الكلية ، لكنها أظهرت ورم الحرقفة

ويذكر الماجور سمسون[2] حالة عملت فيها عملية استقصائية للكلية بغير أن يتضح فيها شيء وبعد حين ظهر أن المريض كان مصاباً بسرطان فى المستقيم

ويمكن ، من غير ما شك ، أن أتمادى مسترسلاً فى أمثلة مختلفة لأبين لك ما ذكرت من أن المغص خُدْعة . وكذلك المغص مع البول الدموى . فلا تعجل بتشخيص حصاة فى الكلية معتمداً على هذين العرضين فحسب

ولابد لى ، قبل الفراغ من الكلام فى المغص وشأنه ، أن أذكر أن الألم الكلوى فى ناحية قد يكون ناشئاً عن مرض الكلية فى الناحية الأخرى . وعبور الألم هذا من ناحية الى أخرى مما يكون سبباً فى الخطأ فى تعيين موضع المرض

(١) التهاب الغدة النكفية (٢) Major D. Simpson.

واليك حادثة تسبق زمن التصوير بالأشعة :

شكا مريض من ألم فى القطن الأيمن ، كان قريب المشابهة بالمغص الكلوى . فشق الجراح على الكلية اليمنى ، مستقصيًا ، فلم يجد فيها حصاة . ومات العليل ، بعد العملية ، بأربعة أيام ، بسبب انقطاع البول ، لا احتباسه . و بتشريح الجثة ظهر أن الحصاة فى الكلية اليسرى .

وقد يكون الألم دليلاً مضللاً على تعيين موضع المرض فى الأحوال الكلوية ؛ كأن يكون اكثر الألم ، فى أقل الكليتين مرضًا ، اذا مرضتا معًا

والمغزى من كل ما تقدم ألا يقدم الجراح على استقصاء الكلية على زعم أنها مصابة بحصاة كلوية الا بعد الفحص الكامل بالأشعة؛ فليس يستوثق الجراح من الحصاة، فى الكلية ؛ بغير هذه الطريقة. وليست تنفع الأشعة فى بيان الحصاة فحسب؛ بل إنها تنفع فى بيان موضعها فى الكلية ، مما هو ضرورى للجراح ، قبل البدء فى العملية . فقد تكون الحصاة فى الحالب ، وقد تكون اكثر من حصاة ، وقد تكون الحصاة فى الكليتين ؛ الى غير ذلك من تفاصيل المرض مما تجب معرفته ولما يشرعْ الجراح فى عمله .

ولسائل أن يسأل ، ألا تخدع الصورة بالأشعة الجراح؟ بلى ، قد تخدعه ؛ لأن الظل الذى يحدث عن غدة لمفاوية متحجرة أو أى منسوج آخر قد يحسب خطأً انه حصاة كلوية . ومن الصعب ، أحيانًا ، التمييز بين الحصيات الكبدية والكلوية ، اذ تتشابه الأعراض والصور . وقد أسلفنا الكلام فى ذلك

لنزعم ، أيها الجراح ، أن مريضًا جاءك يشكو من أعراض تدل على حصاة فى كليته، لكن لم تتضح بتكرار الفحص عنها بالأشعة ، فماذا تفعل ؟ و بماذا تشير على مريضك ؟

الرأى عندى أن تعالج المريض علاجًا دوائيًا ، وأن تشير عليه بألا يتضعضع للعملية الاستقصائية ، وذلك لوجوه :

أولاً — إن الاستقصاء الكلوى أو شق الكلية ليس بعملية تافهة ؛ فلا أخضع لها ان كنت مريضًا ، إلا اذا بنى تشخيص مرضى على أساس متين

ثانياً – قد لا توجد حصاة أو شيء آخر محسوس فى الكلية أو الحالب بالرغم من أن الأعراض تدل على ذلك

ثالثاً – اذا اشتملت الكلية على حصاة ، ولم تتضح بالأشعة ، فذلك لأنها صغيرة صغراً يسمح لها بالخروج من المسالك البولية . وخير للمريض خروجها بهذا الشكل من خروجها خلال جرح فى القطن

رابعاً – ان الحصاة اذا كانت صغيرة فقد لا يعثر عليها الجراح فى اثناء العملية

فكل أولئك مما يدعو الجراح الى التنحى عن العملية الا اذا قام البرهان على وجود حصاة فى موضع معين يستطيع الوصول اليه

وليست تنطبق هذه الملاحظات على الأحوال المتقدمة التى حدث فيها الاستسقاء الكلوى أو الاستسقاء الكلوى الصديدى أو المصحوبة بمرض بلهارسى إذ توجد أعراض وعلامات أخرى يصح الاسترشاد بها .

ولا يصح أن تتناسى ما يمكن أن تستفيده من الفحص عن المريض بالمنظار المثانى وبادخال القسطرة فى الحالب وبالحصول على عينة من البول من كل كلية بهذه القسطرة وما الى ذلك من الطرق العصرية الحديثة . وعليك أيضاً أن تستعين بالفحص عن البول، وبالطبيب المتوفر على علم البكتيريا

كل أولئك ضرورى للاهتداء الى طبيعة المرض ، والوصول إلى وجه الصواب فى التشخيص قبل اعنات المريض فى عملية جراحية يشق عليه تحملها جسمانياً ومالياً ، وقد تكون سبباً فى طى صحيفته

ويلزم النظر فى قوة الافراز البولى ، ومعرفة قوة كل كلية على حدة، والفحص عن مقدار البولينا فى الدم . يلزم كل ذلك قبل أن يغزو الجراح احدى الكليتين فيستأصلها

وعلى الجراح ، أن يبذل أقصى ما فى وسعه لاستجلاء المرض استجلاءً تاماً ، ولاتقاء ما عسى أن يحدث من الحوادث . وقد لا يكفى كل ما فى وسعه لمنع الطوارىء . وما هى ، وقتئذ ، الا كالعواصف تهب على البحار وهو فى سفينته على البحر ، لا تقيه منها مراقبته مقياس الجو (البارومتر) ولا يقلل حدوثها من قيمة هذه المراقبة

شق الكلية

عمليات الكلية تكتنفها حوادث جمة مختلفة بعضها ممكن اتقاؤه، و بعضها من الصعب جداً . استشار رجل أحد الجراحين وكان به شلل فى النصف الأيمن الأسفل من البطن و بمعاينة ظهره وجد أثرة التحام رأسية فى القطن الأيمن علامة عملية « لخراج على الكلية» فكان واضحاً أن العصب الذى يغذى الجزء الأسفل الأيمن من البطن قد قطع فى اثناء العملية . ولعل السبب فى عدم ظهور الفتق القطنى هو انخفاض توتر البطن على أثر الشلل العضلى .

وقد تؤذي أعصاب معينة، فى أثناء العملية ، ولو كان الشق قانونياً طبيعياً . فالعصب الظهرى الأخير – وهو يوازى الحافة السفلى من الضلع الأخيرة ، ويكون قريباً منها ، والعصب الحرقفى الأربى ، والعصب الحرقفى الخثلى – وهما أسفل من العصب الأول بنحو قيراط – فكل هذه الأعصاب قد ينالها الجراح ، فى اثناء العمليات الكلوية ، لقربها من السطح الخلفى . وقد ينالها الجراح فى اثناء ربط وعاء أو خياطة حافتى الطبقة المقدمة من الصفاق القطنى .

عملت لسيدة عملية لتثبيت الكلية فغشيها ألم شديد من الالتهاب العصبى الذى عرض فى العصب الظهرى الأخير . وأمكن توضيح موضع ارتباك العصب فى أثرة الالتحام ، واستؤصل الجزء المصاب منه بعملية مخترقة للبريتون للفشل فى العملية التى من ناحية القطن . فشفيت المريضة من الألم ، لكنها بقيت معتادة المورفين لولعها به منذ استعماله لتسكين الألم .

ومن الجائز رض الكلية رضاً شديداً ، أو احداث نزف غزير بتمزيق الأوعية فى سرة الكلية فى اثناء استخراجك اياها، ولا سيما ذلك فى البادنات من السيدات . ولتقليل خطر هذه المضاعفة لا بد من عمل جرح كبير فى الجدر وكسر ضلع أو تبعيدها عند الضرورة

وقد تمزق الوريد الأجوف السفلى ؛ فى اثناء نزع الكلية اليمنى التى كانت ملتصقة من التهاب محيط الكلية . وكذلك العفج والقولون فى مثل هذا الخطر .

سمعت عن خطر ادخال الكلية فى موضعها عاليها سافلها ، وبعبارة أخرى ادخالها والعنق ملتو ؛ وانى وان كنت لا استطيع أن أحقق الخبر بمثال الا اني اعتقد أن الخطر يصح أن يكون حقيقياً فليتنبه الجراح

ولعل اكبر أنواع الخطر بعد شق الكلية هو استمرار النزف . وينشأ عن عيب فى الخياطة ؛ إذ لا توفق الى سد الجزء الغائر من الشق الكلوى . ولذلك يلزم أن تخترق الغرز جميع جوهر الكلية قريبة من الغشاء الحوضى غير متعدية عليه

ويجب أن تكون الخياطة دقيقة بمادة سهلة الامتصاص مخافة أن تصبح كالنواة تتولد عليها الحصيات . ولتحكم الخياطة بضغط لين متين . أما اذا أحكمت الخياطة بقوة عظيمة فقد يتمزق الخيط الدقيق ؛ أو يقطع المنسوج الكلوى

واليك خطة لتقليل النزف بعد العملية هى استئصال الحصاة بشق خلال الحوض الكلوى متى تيسر ذلك . فلهذه الطريقة مزايا كثيرة ظاهرة عدا كونها تحول دون النزف الكلوى المستمر

قد مرّ بك ما يمكن حدوثه من تغاضى الجراح عن الحصاة فى الكلية . وأقرب ما يحدث ذلك اذا كان فى الكلية حصيات كثيرة فان الجراح قد يترك حصاة أو اكثر . ويقال إن هذا التغاضى اكثر وقوعاً اذا اشتملت الكلية على حصاتين ، أحداهما كبيرة ظاهرة للجراح يستخرجها بسهولة ؛ والاخرى صغيرة كامنة فى احدى الكؤوس الكلوية ولاتقاء هذا الخطر يلزم استحضار صورة الأشعة فى غرفة العمليات والاسترشاد بها فى أثناء العملية ؛ وقبل خياطة الكلية

ومن المستحسن ، أحياناً ، فى أثناء شق الكلية سبر الحالب بمسبار . ولكن ذلك لا يتيسر الا اذا كان الشق فى الجزء العلوى من الكلية فيدخل الجراح المسبار منه الى الأسفل خلال الكأس الكلوية العليا . ولتعلم أن الكأس العليا هى التي تستمر الى الحالب فى الموضع الطبعى للكلية

استئصال الكلية

استئصال الكلية المفردة ، أو استئصال الكلية العاملة ، وترك الكلية غير كاملة النمو والتى لا تستطيع أن تتحمل المطالب الحيوية التى يقتضيها الجسم من النكت الركيكة التى تقال لتجريح الجراح والنيل منه . وعلى الجراح ، قبل أن يستأصل احدى الكليتين أن يتحقق من وجود الأخرى مخافة أن يقع فى هذه الغلطة الفظيعة

وقد يستأصل الجراح الكلية المفردة، وهو يجهل أنها كلية. فالمشيأة بنقص المهبل والرحم نقصًا خلقيًا قد لا يكون عندها ، غالبًا ، سوى كلية مفردة ، كرية الشكل فى الحوض ، لا فى موضعها الطبعى . فوقتئذ قد يحسبها الجراح تجمعًا دمويًا فى الرحم من انسداد المسالك التناسلية . وحين يفتح الجراح البطن للاستقصاء يجد ورمًا كريًا لاطئًا[1] أو مقعداً يسهل تقفه من غلافه . ولا يعرف أنهُ استأصل الكلية المفردة ، إلا أخيراً ، فان عرف أنهُ حرم المريضة من جهازها البولى ندم ولات ساعة مندم ؛ وحزن حزنًا شديداً ولات أوان

الحالبان

هنا مسألة صغيرة بشأن سكون الحصاة فى الحالب ليس من النادر أن يمر عليها الجراح ولما يدركها . ذلك أن الألم الذى يحدث عن الحصاة وهى فى الحالب قد ينسب الى التهاب فى الزائدة الدودية . فينصح للمريض بالعملية ويستسلم لها . وقد يرى فى الزائدة التهاب مزمن قديم ؛ وهو كثير الوقوع فيها . وقد ترى سليمة ، لا شية فيها سوى شذوذ فى الوضع أو الشكل كأن تكون أطول من المعتاد أو كأن يكون فيها شىء من الالتواء أو الاحتقان فيستأصلها الجراح بحق ناسيًا ، أحيانًا ، أن يتمادى فى الفحص عن أسباب أخرى للألم

ومن الأسباب التى يصح أن يصادفها الجراح ، فى مثل هذا الوقت ، الحصاة الداخلة فى الحالب الواقفة فيه

---

[1] الا رض لصق

والغلطة الشائعة بشأن الحالبين هى قطعهما أو ربطهما فى اثناء العمليات فى الأنسجة المجاورة لهما . وأكثر ما يحدث قطع الحالب فى عملية استئصال الرحم للسرطان استئصالاً كاملاً . و يظهر أن هذه الحادثة صادفت عدداً غير قليل من صفوة الجراحين . لكن كلما زادت مهارة الجراح ودقته قل وقوعها منه . ومما يقلل وقوع هذه الحادثة معرفة الجراح تشريح الأجزاء فى موضع العملية كنه المعرفة ؛ ومعرفته بالشكل الظاهر للحالب

والعلاج ، اذا حدثت هذه الحادثة ، هو وصل الطرفين المقطوعين ؛ أو وصل الجزء العلوى بالمثانة، فان لم يستطع الجراح علاج الحالب باحدى الطريقتين لسبب ما، كأن يكون قد استأصل جزءاً كبيراً من الحالب عفواً ، أو كأن لا تسمح حالة المريض باتمام العمل إذ يشق عليه طول العملية، فان لم يستطع الجراح ذلك فعليه أن يربط الطرف القريب من الكلية ، ووقتئذ تضمر الكلية فى هذه الناحية بغير أن تحدث ضرراً محسوساً بشرط أن تكون الكلية فى الناحية الأخرى سليمة وكذلك حالبها

الفصل الحادي والعشرون

المثانة البولية ، وغدة البروستاتا ، ومجرى البول ، والقضيب

المثانة

لم تسمع حوادث كثيرة بشأن جراحة المثانة . لكنها معرضة لجملة عوارض فى أثناء العمليات الأخرى فى الأعضاء المجاورة . فكثيراً ما تفتح فتحاً عارضياً فى أثناء فتح البطن فى الجزء الأسفل . ويقال إن المثانة الممتلئة بالبول قد حسبت خطأ أنها كيس مبيضى فبزلت . ولا يحصل مثل هذا اللبس إلاّ إذا كانت المثانة ممتلئة بالبول ، وهو مما يجب أن يتحاشاه الجراح فى كل عمليات البطن ولا سيما ذلك فى الجزء السفلى منه . وعلى كل حال ، ففتح المثانة من الأغلاط التى تذكر فى غير جراحة المثانة ، وقد مرَّ بك الكلام على اصابتها فى عمليات الفتق .

شق المثانة فوق العانة

يصح أن يقع الجراح ، فى أثناء عمل هذه العملية ، فى غلطتين شائعتين . وهما جديرتان بالذكر .

فأما الغلطة الأولى فهى جرح البريتون جرحاً عارضياً ، وفتح تجويفه . فاذا كانت المثانة ممتلئة فمن البعيد جرح البريتون ولو كان الجراح مهملاً فى عمله ، ويجب أن تكون المثانة ممتلئة أوان هذه العملية . فاذا لم يمكن ملء المثانة بسبب ما فيها من الالتهاب المثانى ، أو لوجود حصاة كبيرة تشغل كل فراغها ، أو إذا كان البريتون ممتداً إلى أسفل أمام المثانة امتداداً أكثر من الطبيعى ، فبقليل من العناء يمكن دفع الثنية البريتونية إلى الأعلى حيث تؤمن اصابتها . وهذه الثنية من السهل رؤيتها ، ومعرفتها ، وتداولها

وأما الغلطة الثانية فهى وخز المثانة بالمشرط فقط لفتحها ، ففتحها بهذا الوخز يخرج ما فيها من السائل ، فتتقلص ، وتغيب عن الجراح فلا يعود يجدها إلاّ بصعوبة . ولاتقاء هذه الغلطة يحسن أن يغوص الجراح بمشرطه دافعاً إياه إلى الأسفل ، وأن يدخل

أصبعاً أو أصبعين في فتحة المثانة ؛ والمشرط لا يزال باقياً فيها ؛ وتمسك حافتا المثانة وتثبتان .

وهناك طريقة أخرى التزمتها في عملياتي ؛ وهي وضع فتلة حرير بابرة منحنية على جانبي الشق في المثانة قبل فتحهـا ؛ ثم مسك كل فتلة بجفت شريان . فبذلك يمكن جذب ثنية مثانية فيها اعمل الشق لفتحها

تفتيت الحصاة

لقد طالت المناقشة ، منذ بضع سنين ، في الدوائر الجراحية ، واختلف الجراحون في أي الطرق أفضل لاستخراج الحصاة ؛ أتستخرج بالشق فوق العانة أم تستخرج بالشق في العجان ، أم تستخرج بالتفتيت

لقد تقدمت طريقة التفتيت ، وبلغت من الكمال حداً يجعلها في مقدم الطرق التي يتخذها الجراح لاستخراج الحصاة من المثانة . بل يرى بعضهم أن تستخرج الحصاة دائماً بالتفتيت ، الا أن تكون هناك دلالة مانعة . والدلالات المانعة هي :

(١) ظروف الحصاة — ليس من الصواب استخراج الحصاة من المثانة بالتفتيت اذا كانت كبيرة وذلك مخافة اصابة الجدار المثاني . ولا شك انك تستغرب كثيراً اذا قلت لك إني اضطررت ، ذات مرة لاستخراج حصاة من المثانة بشقها فوق العانة ، وكانت الحصاة تسد جميع فراغ المثانة بشكل غريب . فكان بروز الحصاة في موضع يقابله انبعاج في جدار المثانة، وانبعاج الحصاة في موضع آخر يقابله بروز المثانة . وكذلك يمنع التفتيت صلابة الحصاة كأن يكون قوامها اكسلات الجير . وإياك أن تعاند الحصاة الصلبة بتفتيتها فقد ينكسر منك أحد فكي المفتت داخل المثانة . وكذلك يترك التفتيت اذا كان قوام الحصاة من الرواسب الفوسفاتية . فان عيون المفتت تنسد فلا يستطيع التفتيت

ولا يمكن استعمال المفتت ، أيضاً ، اذا كانت الحصاة متكيسة في ركن من المثانة . أما تعدد الحصاة في المثانة فليس بمانع من التفتيت إلاّ أن تكون الحصيات صغيرة فيكتفى باستخراجها بغير تفتيت بالمفرغة

(٢) ظروف مجرى البول – لا يمكن استخراج الحصاة بالمفتت اذا كان بمجرى البول ضيق عضوى ، أو اذا كان فى البروستاتة ضخامة ؛ وذلك لصعوبة ادخال المفتت الكبير . واذا أبى الجراح إلاّ أن يغالب هذه الدلالات فقد يحدث طرقًا كاذبة فى مجرى البول تزيد العملية صعوبة . واياك أن تستعمل المفتت اذا كان مجرى البول متهيجًا تهيجًا شديداً بما يتضح من القشعريرات عقب جسه بالمجس . وكذلك يمنع التفتيت وجود نواصير بولية بلهارسية

(٣) ظروف المثانة – لا يصح استخراج الحصاة بالمفتت اذا كانت المثانة البولية ملتهبة التهابًا شديداً ، أو كان بها أورام بلهارسية أو كانت مصابة ببلهارسية شديدة تحول دون ملء المثانة بالسائل لانقباضها

(٤) ظروف الكلية وحوضها – لا يصح استعمال المفتت اذا كان فى الكلية وحوضها مضاعفات التهابية جراحية أو مضاعفات بلهارسية ؛ لأن هؤلاء المرضى قد يصابون بما يسمى «حمى القسطرة أو حمى مجرى البول» عقب ادخال مجس أو قسطرة فى مثانتهم

أما الشق فوق العانة فيستحسن فى الأحوال الآتية :

(١) اذا كانت الحصاة كبيرة لا يصح استخراجها بالتفتيت

(٢) اذا كانت الحصاة متكيسة

(٣) اذا كان فى مجرى البول ضيق

(٤) اذا كانت فى البروستاتة ضخامة ؛ ووقتئذ يصح أن تكون عملية شق المثانة لاستخراج الحصاة أولاً ؛ ثم للتمهيد لاستئصال البروستاتة

يحسن استخراج الحصاة من المثانة ، فى الأطفال ، بهذه الطريقة ، لأن المثانة البولية فيهم عضو بطني أكثر منها عضو حوضى

أما ما يمنع اجراء هذه العملية فدلالتان :

(١) الالتهاب المثانى الشديد

(٢) انقباض المثانة

أما استخراج الحصاة شق المثانة فى العجان فيفضل فى الأحوال الآتية :

(١) الالتهاب المثانى الشديد

(٢) وجود بلهارسية مثانية متقدمة

(٣) وجود نواصير بولية بلهارسية

(٤) انقباض المثانة وضخامة جدرها

(٥) « انحشار » الحصاة فى عنق المثانة

ويحسن أن أذكر بهذه المناسبة ، أن الأجسام الغريبة فى المثانة يفضل استخراجها بطريقة الشق فوق العانة . ومن غريب ما أذكره ما أجريته لاستخراج « زجاجة قطارة قطرة » من المثانة فى مريضة . وكانت حكايتها كما يأتى :

كانت المريضة ، وهى من احدى قرى مركز قليوب ، فى الشهر الثالث من الحمل واحتبس بولها ؛ ولا أذكر تماماً سبب الاحتباس . فاستدعت المريضة إحدى قوابل البلدة . وهذه لجأت الى « قطارة القطرة » لاستعمالها كقسطرة . فلما ادخلتها انفصلت الأنبوبة الزجاجية من الأنبوبة الجلدية . وبمحاولتها استخراج الأنبوبة الزجاجية دفعتها الى داخل المثانة . فاستخرجتها من المثانة بشق فوق العانة ، وكانت الأنبوبة سليمة

وعلى ذلك ترى أن من الضرورى أن يتخير الجراح طريقة العمل لكيلا تكون أول غلطة يقع فيها ، قبل العملية ، سوء اختيار طريقتها

ولتعلم أن طريقة استخراج الحصاة بالتفتيت تحتاج الى خبرة ومهارة . لأن الجراح اذا لم يكن خبيراً ماهراً فقد يؤذى جدر المثانة ، فى أثناء العمل ، أو يترك جزءاً من الحصاة فيستدعى اعادة العملية واليك قصة :

جاءنى مريض ، بعيادتى الخصوصية ، وأنا طبيب مستشفى قليوب ، يشكو تعباً فى بوله ، من ألم شديد ، وعسر ، واحتباس أحياناً . وأخبرنى أنه عولج فى ملحق المستشفى الخاص بعلاج البلهارسية والانكيلوستوما بغير فائدة لانه قد استوفى الحقن الاعتيادية لعلاج البلهارسية . وبالجس وجدته مصاباً بحصاة فى المثانة متوسطة الحجم لانها كانت فى حجم اللوزة أو اكبر قليلاً . فنصحت له بالعملية فقبل . ووعدنى أنه

سيحضر فى اليوم التالى مستعداً لها . لكنه لم يحضر . وفى أقل من أسبوعين حضر لى هذا المريض مصابًا باحتباس فى البول . فسألته لم تأخرت الى الآن ؟ فأجاب : إن أحد أقاربى نصحنى ، بعد أن اتفقت معك على العملية ، أن أذهب الى مستشفى بشارع قصر العينى . وقد ذهبت فعلاً ، هناك ، حيث عملت لى عملية التفتيت وخرجت معافى منذ بضعة أيام ، ولا أدرى سبب هذا الاحتباس . فقلت ولا أنا أدرى أيضاً . وشرعت فى جسه ، ووجدت أن بالمثانة حصاة . فلم أصدق ما قاله لى . واستخرجتها له من المثانة بشق العجان . أتدرى ماذا وجدت ؟ وجدت نصف حصاة بحجم نصف البندقة وبشكل نصف البندقة أيضاً ، ولولا أنى وجدت الحصاة بهــذا الشكل لما صدقت الرجل

ولقد ذكرت هذه المشاهدة بالتطويل لما فيها من جسام الأمور :

(١) فأما الأمر الأول وهو ما أرجو مصلحة الصحة العمومية أن تتبعه بصفة نظامية فى جميع مستشفياتها التى تعالج البلهارسية فتحتم على الطبيب أن يفحص عن المثانة فى كل مريض بالجس بالمجس كما يفحص عن بوله فان وجد الطبيب حصاة فى المثانة أرسل المريض الى المستشفى العام

وليس الجراح فى حاجة الى الفاته فى هذه المسألة ، لأنه كثيراً ما يجس مريضه قبل تعرف بوله

(٢) وأما الأمر الثانى وهو ما أرجو أن يتبعه كل جراح مولع بعملية التفتيت بصفة نظامية فيحتم على نفسه الفحص عن المثانة بالمنظار المثانى لكى يتحقق من خلوها من فتات الحصاة . وحبذا لو اتبع هذا النظام فى مستشفى قصر العينى . اذن يتبع ذلك كل جراح فى عمله بعد خروجه . ولا يقلل من ضرورة الفحص عن المثانة بالمنظار المثانى ما يمكن أن يقوله لك بعضهم من أن هذه الفتات اما أن تكون كبيرة فلا يمكن أن تفوت المفتت ، وإما أن تكون صغيرة فلا خوف منها لأنها تنزل فى البول . فقد كانت القطعة التى تركت فى مثانة المريض التى ذكرت لك حكايتهـــا كبيرة ومع ذلك فقد فاتها المفتت ، واست أوافق من يقول إن الصغير من الفتات ينزل حتماً مع البول لأن

الحصيات انما تتكون صغيرة وتكبر تدريجاً فلم لا تنزل صغيرة ولما تكبر؟

(٣) والأمر الثالث هو ألا يكتفى الجراح بعلامة قطعية بمرض فى التشخيص ذلك لاحتمال وجود اكثر من مرض . فليس ينفع أن يكتفى الجراح بتشخيص المرض بلهارسية فى المثانة اذا وجد بويضات البلهارسية فى البول لأن وجود البلهارسية فى المثانة لا يمنع وجود حصاة فيها أيضاً . وللنقيض حكمه[1]

ضخامة البروستاتة

يحسن أن أذكر لك شيئاً بشأن ضخامة البروستاتة ، فأقول إن من الخطأ ان يعتقد الجراح أن المريض مصاب بضخامة فى البروستاتة اعتماداً على أنه شيخ أو متوسط فى العمر ، وأنه أصيب باحتباس فى بوله ، وأن من الممكن إدخال قسطرة بحجم كبير الى مثانته فكثيراً ما أدى التشخيص الذى عمل ارتكاناً على هذه العلامات الى تدخل جراحى بغير أن يجد الجراح ضخامة فى البروستاتة أو عائقاً فى مجرى البول؛ و بالتمادى فى الفحص عن مثال هؤلاء المرضى يتضح أنهم مصابون بأمراض أخرى كالشلل مثلاً .

ولتشخيص ضخامة البروستاتة لا بد من علامتين عدا احتباس البول وغيره من الأعراض

فالعلامة الأولى هى جس البروستاتة من المستقيم والشعور بضخامتها بالأصبع

والعلامة الثانية هى ضرورة تبقى مقدار من البول المتبقى[2]

عملية استئصال البروستاتة

إن عملية استئصال البروستاتة بالشق فوق العانة عملية سريعة سهلة اذا كانت البروستاتة عظيمة والمثانة سليمة . ولعل أغلب أحوال الفشل ناشئة عن عدم وجود أحد الشرطين أو كليهما

فاذا كانت المثانة عفنة والبول قلوياً فمن الحكمة التمهيد للعملية بالشق فوق العانة

---

(١) للنقيض حكمه اى والعكس بالعكس

(٢) Residual urine

وتصفية المثانة واعطاء المريض أدوية مطهرة كحامض البوريك ، وفوصفات الصودا الحامضي ، وهكسامين، وبنزوات الصودا ، وذلك حسب ما تقتضيه العدوى البكتيرية لتحسين عفونة المثانة. وماذا عسى أن يحدث اذا استؤصلت البروستاتة ، وبول المريض عفن قلوى ؟ ان الذى يحدث هو رسوب مواد فوصفاتية على السطح المتعرى رسوباً يحول دون الالتئام ؛ واذا شفي الجرح الذى بالعانة فقد ترك المريض بحصاة فى مثانته . ومن صادفته هذه الحادثة يأبى من غير ما شك أن يراها ثانية

ولا بد من الاحتياط في استعمال حامض البوريك لأنهُ وإن يكن من أحسن الأدوية المطهرة التى تحول البول القلوى حامضاً الا أن له عيوباً ؛ منها أن الاستمرار فى تناوله قد يحدث اكزيما شديدة ، ومنها أنه قد يحدث النوبة النقرسية الحادة اذا كان عند الشخص استعداد للنقرس .

أما الهكسامين فاذا أخذ بمقادير كبيرة غير مخفف فقد يحدث بولاً دموياً ، كما مرَّ بك

ولتعلم أن تصفية المثانة خلال شق فوق العانة مما يتيسر بغير مضايقة المريض بصندوق مارشال للشق فوق العانة[1]

أما الشرط الثانى وهو ضخامة البروستاتة ضخامة عظيمة فذلك لأن نقف الضخامة العظيمة أسهل من نقف الصغيرة . ويحسن أن أقول إن هذا التعبير غير دقيق ؛ لأن نقف البروستاتة نقفاً حقيقياً عملية غاية فى الصعوبة ؛ لكن نقف الورم الأدينومى من البروستاتة أمر سهل وبعبارة أخرى أمر سهل على شرط أن يكون الورم الأدينومى كبيراً فيسهل على الأصبع النقف ، وكلما كبر الأدينوم زادت السهولة

ويحكى بعض الجراحين أنهُ نجح ، فى نقف البروستاتة المشتملة على جملة حصيات بغير أن يكون فيها أدينوم ، وذلك خلال شق فوق العانة . واستغرقت العملية زمناً طويلاً . وقد شفي المريض بعد أن شق عليه وعلى جرَّاحه العمل . ويستأنف هذا الجراح قائلاً إنه عزم على ألا يكرر مثل هذه العملية كيفما كانت لذته بالنجاح

ويقول هذا الجراح نفسه ، أنهُ فتح ، ذات مرة ، المثانة ، لاستئصال البروستاتة ، فلم

---

(١) Marshall's Suprapubic box.

يجد فيها أجساماً مستديرة أو كتلاً عظيمة ، ووجد أن فتحة عنق المثانة تحيط بها حلقة ليفية صلبة . فشرع فى النقف، ونجح في استئصال ما وزنه درهمان من منسوج ليفي غير معروف يزعم أنه من البروستاتة . وهو عمل شق على المريض تحمله . واستأنف قائلاً إن من الخطأ الفاحش والغلط الموبق أن يستأصل الجراح البروستاتة الليفية الصغيرة الحاقية

ان الانسان شديد الولع بكتمان أغلاطه واخفائها، لكنى أعتقد أن كثيراً من الجراحين عرف من تجاربه ، كما عرفت من تجاربي ، ان من الخطر العظيم على حياة المريض محاولتك نقف البروستاتة الليفية الصغيرة . ولعلّ فى ذلك ما يوضح حاجة القوم الى كتاب تصور فيه بعض أغلاط الجراحين وحوادث الجراحة ، وبيان طريقة اتقائها

ولقد بين السر طومسون ولكر [1] ماللفحص عن باطن المثانة، بعد استئصال البروستاتة مباشرة ، من الفائدة العظيمة ؛ وذلك لسببين :

(١) فالسبب الأول هو ضبط ما يشاهد نازفاً من الأوعية الكبيرة التى قد تُحدث نزفاً غزيراً وتكون، غالباً ، بالقرب من الحافة المتعرية للغشاء المخاطي للمثانة حيث تكتنف التجويف الذى استؤصلت منهُ البروستاتة

(٢) والسبب الثانى هو التحقق من عدم وجود ذيول أو شرائح من الأنسجة قد تعوق فى المستقبل البول

وقد رأى أحد الجراحين مريضاً استؤصلت منهُ البروستاتة فلم يستطع ، عقب العملية ، أن يبول خلال مجرى البول ، وبقى ناصور فوق العانة . وبفتح المثانة ومعاينة باطنها لم يمكن العثور على فتحة توصل الى مجرى البول لانسداد موضع الفتحة بأثرة التحام ، ومن المضاعفات الشائعة جداً ، عقب عمليــة استئصال البروستاتة التهاب البربخ والخصية . ولقد سمعت خطبة المستر كليفورد مورسون جراح مستشفى القديس بطرس للأمراض البولية بلندن، وهو يقولها في القسم الجراحي من الجمعية الطبية البريطانية فى اجتماعها فى العام الماضى فى بورتسموث . ونشرت فى الجزء الصادر فى أول ديسمبر

---

(١) Sir J. W. Thomson Walker.

سنة ١٩٢٣ من المجلة الطبية البريطانية . والخطبة بشأن قطع القناة الناقلة للمنى ، عقب استئصال البروستاتة ، لاتقاء التهاب البربخ والخصية ؛ آثرت نقلها ، هنا ، لما فيها من الفوائد فى الموضوع الذى نحن بصدده :

« يتأكد الجراح من درس تشريح البروستاتة والأنسجة المجاورة لها ان استئصالها بعملية لا بد أن يفضى الى تمزق القنوات القاذفة للمنى ، والى تلف الحويصلتين المنويتين أحياناً . ولتعلم أن السطح المتعرى بين قاعدة المثانة والرباط المثلث ، بعد استئصال البروستاتة ، يتغطى تدريجاً بغشاء مخاطى يمتد الى الأسفل والأمام ، بطريقة تجعل الصماخ المثانى الباطن فى الطرف المثانى من الجزء الغشائى لمجرى البول ، وذلك فى مدة أسبوعين بعد العملية وبذلك يحتم على فوهة الحويصلتين المنويتين ، فتنعزلان عن مجرى البول والمثانة . فاذا كان المريض مصاباً بالبول الباسيلى[(١)] أو الالتهاب المثانى ، فى أثناء العملية ، امتدت العدوى الى الحويصلتين المنويتين ، وهما من أعضاء التناسل ، وانعزلتا من التجويف المثانى . اذا وصلت البكتيريا الى الحويصلتين فاتلافها لا يكون الاَّ بطيئاً لعدم الوصول اليها بالمطهرات أو بالعلاج الموضعى .

ولتعلم أن الالتهاب الحويصلى هو ، لسوء الحظ ، من المضاعفات الشائعة جداً عقب العملية ، وعلاماته وأعراضه محدودة :

(أ) تتذبذب حرارة المريض ، فى العشرة أيام الأولى بعد العملية ، من درجة ٩٧ الى درجة ١٠٠ بميزان فارنهيت . واذا بدأ البول الطبيعى ارتفعت الحرارة قليلا ، وربما نسبت الى استرجاع المريض وظيفة البول . على ان الحرارة انما تنشأ عن الانقباض العضلى اللازم لدفع البول ، من المثانة الى مجرى البول ، مما يزيد التهاب الحويصلتين ، ويدفع الى مجرى الدم ، مقداراً جديداً من التوكسين

(ب) يحدث ضيق شديد بغسل مجرى البول ، بطريقة جانت[(٢)] وهو ، غالباً ، عمل غير مؤلم

Janets' Method. (٣) Bacilluria. (٢) Clifford Morson. (١)

(ج) يشكو المريض ، عند أول البول ، وفى أثناء مجرى البول فى مجرى البول ، من ألم متوسط ينعكس فى عنق المثانة

(د) يتضح من الفحص عن طريق المستقيم مضاضة فى محاذاة قاعدة المثانة

ولما كان من النادر أن يفحص الجراح عن مريضه بطريق المستقيم قبل مغادرته فكثيراً ما يفوته ادراك أحوال الالتهاب الحويصلى عقب استئصال البروستاتة . ولا يلبث المريض إلاَّ قليلاً حتى يمتد الالتهاب الى الخصيتين

وهذه المضاعفة الجديدة تحدث ، غالبًا ، بعد الالتهاب الحويصلى ، ببضعة أسابيع . وقد تتأخر نحو ثلاثة أشهر . ومن الشائع جداً رجوع المريض الى جراحه بالتهاب فى الخصية وقد كان يسير الى الشفاء حثيثاً بطريقة مرضية . والمعتاد علاج الخصية علاجاً موضعياً بالكمادات ، و بالتدليك بالمرهم الزئبقى و بالدياترمية[1] فتتحسن ، لكن ليس ما يضمن لنا عدم اشتعال الالتهاب ثانيًا ، و بؤرة العدوى لا تزال قائمة فى الحويصلة المنوية

وقد ألفت النظار المستر ويت[2] فى رسالة نشرت حديثًا فى مجلة اللانست الطبية الى كثرة وقوع الالتهاب البربخى مضاعفة لاستئصال غدة البروستاتة . وقد وجد ، من درس خمسين مريضًا ، فى مستشفى القديس بطرس[3] ان ٨٢ فى المائة حدث عندهم التهاب فى الخصية ، وقسم درجات الالتهاب بالطريقة الآتية :

(١) ضخامة البربخ

(٢) زيادة الضخامة . يلتصق البربخ بالخصية، وتلتصق عراها الواحدة بالأخرى

(٣) يكبر البربخ ، و يصير قاسيًا ، شديد الالتصاق بالخصية . وأكثر ما تتضح هذه التغييرات فى الرأس الأصغر . وقد توجد مضاضة

(٤) تمتلئ الطبقة الغمدية بسائل . ويكبر البربخ ، و يصير ملتصقاً ، وتوجد فيهِ مضاضة ، فالألم شديد ، والمضاضة حادة ، و يصير الصفن أحمر ، وقد تظهر فيهِ الأزيما

(٥) تمادى الحالة السابقة فيتكوَّن صديد فى البربخ. وترتبك الخصية فى التقيح . وقد تتغنغر

---

(١) Diathermy. (٢) Winsbury White.
(٣) St. Peters' Hospital.

من هذه المشاهدات والملاحظات يتضح لك أن صحة المريض قد تظل منحرفة بالرغم عن تضعضعه لعملية الاستئصال

ولقد كان هم الجراحين ، منـــذ شرع فراير[١] عملية استئصال البروستاتة بالشق فوق العانة ، تحسين العملية الأصلية لتقليل خطر المضاعفات فلم يكلل مسعاهم الابقليل من النجاح . ولعل ذلك مما يصادفه الجراح من الصعوبة فى منع الكليتين المتأثرتين بالضغط الخلفى من افراز البول الموفر[٢] بالباسيل القولونى . وحيث أن الوقاية خير من العلاج فخير للجراح أن يحاول اخضاع مريضه لعملية الاستئصال ولما يظهر عنده البول الباسيلى[٣] ، وذلك اتقاء حدوث الالتهاب الحويصلى والتهاب الخصية . فان ظهر البول الباسيلى فليحاول الجراح ، تطهير المسالك البولية ، قبل عملية استئصال الغدة ، بالطرق التى ذكرتها فى رسالة حديثة نشرتها فى مجلة المباحث الاكلينيكية[٤] ولكن ذلك لا يتيسر دائماً مما يضطر الجراح لصنع شيء أوان العملية لمنع امتداد العدوى من المثانة الى الحويصلتين ومنهما الى الخصيتين

فاقترح بعضهم استئصال الحويصلتين عقب استئصال الغدة ، والرأى عندى أن هذا مما يستدعى تطويل العملية. فاذا أضيف طول العملية ، الى رداءة الصحة العمومية الى كبر السن كان لنا من كل ذلك ما يزيد نسبة الوفيات عقب استئصال البروستاتة بالشق فوق العانة مباشرة

ويمكن منع العدوى عن الحويصلتين بربط القناتين القاذفتين للمنى ، وقد اتبعت هذه الطريقة، فى بعض أحوال معينة . ولتعلم أن ربط هاتين القناتين والانسجة مغمورة بالدم ليس بأقل سهولة من استئصال الحويصلتين بالتشريح

ولما كان عزل الحويصلتين عن العدوى من المسائل المشكلة فلننظر ماذا نستطيع أن نعمل لمنع امتداد العدوى الى الخصيتين . ولقد وجدت أنى اذا قطعت القناة الناقلة للمنى أسفل فتحة الاربية الظاهرة استطعت أن أضمن لمرضاي أنهم لا يصابون بالتهاب الخصية والبربخ كيفما كانت المضاعفات الأخرى

---

(١) Freyer. (٢) المشحون (٣) Bacillurie

(٤) Journal of Chimical Research.

والطريقة بسيطة ، ويمكن ، فى أقل من خمس دقائق ، عزل القناتين وربطهما . وهى الفحص عن القناة وهى فى الحبل المنوى خلال الجلد فى الجزء العلوى من الصفن، وذلك بعد استئصال الغدة واقفال الجرح الذى فى الجدار المقدم من البطن . ثم أمسك القناة جيداً بين السبابة والابهام ، أسفل الجلد مباشرة . وأشق شقاً صغيراً لا يتجاوز ربع القيراط . ويمكن عزل القناة وجذبها بجفت من الجرح . وبعد عزل عروة القناة عن الانسجة التى تكتنفها تقطع بين ربطتين من الكاتجت وليس من الضرورى استئصال قطعة من القناة الناقلة اذ يكفى قطع اتصال مجراها للغرض المطلوب . ثم يرسل الطرفان المربوطان الى الجرح ، ويقفل الجرح بغرزة من الكاتجت . وللاقتصاد فى الوقت يربط مساعدى القناة فى ناحيته بينما أربط أنا القناة فى ناحيتى

وليس ببعيد زعم القوم أن ضمور الخصية يعقب قطع القنـاة فالصواب غير ذلك . فقد أجريت هذه الطريقة، فى كل عملية استئصال للبروستاتة ، سواء أكان فى المستشفى أم فى عملى الخاص، سنين ، ولم أشاهد مريضاً واحداً ضمرت خصيته. هذا الى أن المرء لا يفقد الشهوة الجنسية ولا يمنع الربط الجماع . وكذلك لم أشاهد ولا حالة حدث فيها الالتهاب البربخى . ومما يستنبط من ذلك أن العدوى من موضع البروستاتة الى الخصية تمتد بطريق القناة ، لا بطريق المجرى الدموى . ويتضح أيضاً أن الأوعية اللمفاوية التى تقوم بنقل العدوى لا بد أن تكون فى جدار القنـاة ، لأنى اضطورت فى بعض أحوال قليلة ، الى فتح خراج بالمخدّر الموضعى ، حيث قطعت القناة . فيؤخذ من ذلك أن العدوى امتدت بطريق القناة الى حيث انقطع اتصالها أسفل فتحة الأربية الظاهرة»

تمزق مجرى البول

إن الموضع الاعتيادى الذى يتمزق فيه مجرى البول من العنف هو أسفل الرباط المثلث مباشرة . وهذا هو الشكل القياسى للتمزق . ولا شك أن الأعراض الناشئة عن انسكاب البول ، وطريقة امتداده مقيداً بادغام صفاق كولس ، لا شك أن كل

ذلك معروف . والتمزق شكل آخر غير قياسى ؛ وهو الذى يحدث فى المجرى فى جزئها الذى داخل الحوض . ولقد شرح هذا النوع من التمزق ادوار دينسلى [١] فى كتيب جليل الفائدة

والتمزق فى هذا النوع ، يكون فى الجزء البروستاتى من المجرى ، أعلى الرباط المثلث مباشرة ، وأكثر ما تحدث الاصابة عن كسر الحوض . وقد ذكر دينسلى حالة من حالاته لم يكن فيها التمزق مصحوبًا أو ناشئًا عن كسر الحوض ؛ بل حدث التمزق من انضغاط الحوض انضغاطًا جانبيا بغير كسر وكان فى صبى فى الرابعة عشرة من عمره

ولهذه الاصابة شأن عظيم لأن الجراح قد يتغاضى عنهـــا فلا يدركها ، فتعرض عواقب خطرة . لأن البول يتجمع فى المسافة التى فى مقدم المثانة . وقد تدخل القسطرة مباشرة ، فى هذه المسافه فيزعم الجراح أنهُ دخل بالقسطرة فى المثانة . وكثيراً ما يبنى على هذا الزعم سلسلة طويلة من الخدع التى يخدع بها .

أما العواقب فأهمها فوات الوقت المناسب لاسترجاع مجرى المجرى ؛ فتسوء حالة المريض ، ويصعب تخفيفها

وقد ذكر جلبرت بارلنج [٢] مريضًا من هذا النوع ، ساءت حالته ، فعمد الجراح الى غرس الحالبين فى القولون للتخلص من ناصور مثانى مزمن عقب كسر فى الحوض وهذه العاقبة الوخيمة الناشئة عن هذه الاصابة لا يمكن اتقاؤها الا بمعرفتها كنه المعرفة ساعة حدوثها

ضيق المجرى والقسطرة

من أكثر الأغلاط شيوعًا فى ميدان الجراحة تشخيص ضيق فى مجرى البول وليس فيه ضيق ، اذ يكون العائق الحقيقى هو العضلة العاصرة لمجرى البول التى تقوم بوظيفة حارس يمنع دخول الأجسام الغريبة الى المثانة . فاذا كان مجرى البول ملتهبًا حساسًا فالعضلة العاصرة أقل رزانة منها إذا كان المجرى سليماً

---

(١) Edward Deanesly.

(٢) Gilbert Barling.

ولتعلم أن هذه العضلة تقاوم كثيراً القسطرة الباردة ، الصلبة المندّاة بشيء مهيج ، وخاصة اذا ادخلت فى المجرى بغير رفق ولين . فان أصر الجراح على ادخال القسطرة وداوم على دفعها فى المجرى زادت العضلة عناداً ومقاومة ، على الأغلب ، حتى لقد تخترق القسطرة جدار المجرى دون أن تلين العضلة . وقد يتولد فى موضع الاختراق ضيق . فاذا كان حظ الجراح من النظافة كحظه من حسن التصرف فقد يتولد عند المريض خراج حول المجرى ، اذا فتح نشأ عنه ناصور فى العجان بعواقب غير مرضية

ولاتقاء جميع المتاعب الناشئة عن الغلط فى التشخيص علينا ، فى أحوال الاحتباس البولى ، أن نبدأ بادخال قسطرة كبيرة ، رخوة ، دفئة ، منداة بمادة غير مهيجة كسائل البرافين مثلاً ؛ وعلينا ألا نهيج العضلة العاصرة للانقباض بشيء من الرعونة . إن من الضرورى مداهنة المجرى بالقسطرة فلا تدفع بخشونة . وكثيراً ما يختفى الضيق بملاحظة هذه الاحتياطات فيرى الجراح أن سبب الاحتباس هو الجهاز العصبى ، أو البروستاتة أو آفة أخرى فى غير مجرى البول

يقول أحد الجراحين إنهُ وردته رسالة من طبيب فيها ما يأتى : « حامل هذا اليك مصاب بضيق فى المجرى ، ولم أستطع ادخال أصغر قسطرة » وقد تمكن الجراح ، بعد تلاوة هذه الرسالة ، من ادخال قسطرة رخوة بحجم عظيم بسهولة

ويحسن ألاَّ يحاول الجراح ادخال القسطرة التى من المعدن إلاّ بعد فشله فى ادخال القسطرة الرخوة . ولعل السير وليم طومسون هو القائل إن القسطرة التى من المعدن رقم (١٠) أعظم آلات الجراحة خطراً . وكذلك يرى كل خبير فى الجراحة

قد يقال إن مزية القسطرة التى من المعدن معرفة الجراح أين يكون طرفها وهو وهم خطر ولنحسب أن الجراح يعرف أين يكون طرف القسطرة ، وكان يكون هذا نافعاً لو علم تماماً ماجريات المجرى فلا يخترقه بالقسطرة

شق المجرى شقاً خارجياً

وإن يكن من السهل شق المجرى فى العجان ، فى الجثة فى المشرحة ، فليس من السهل عمل ذلك فى غرفة العمليات . فى ذلك صعوبتان

فالصعوبة الأولى عدم حضور المريض المصاب بضيق غائر فى مجرى البول الى الجراح الا بعد أن يحاول نفر من الأطباء ادخال القسطرة ولم يتمكنوا الا من عمل طرق كاذبة فى المجرى . ففى هذه الطرق يدخل المجس بدلاً من دخوله فى المجرى . فاذا شق الجراح فانما يشق على المجس ، لا على المجرى واذا لم يعرف أن المجس فى طريق كاذب فقلما يعرف المجرى . ويحكى بعضهم أنهُ رأى جراحًا حدثت له هذه الحادثة ، فحاول الاهتداء الى المجرى بغير فائدة ، وأخيراً أخبر زوج المريض أن من المستحيل تخفيف حالة زوجها بالعملية

والصعوبة الثانية هى ألاَّ يكون هناك طريق كاذب ، فيضع الجراح المجس حتى يصل الى الضيق ، فيشق عليه ، ويخرج طرف المجس من الجرح . ووقتئذ تصادفه الصعوبة ، وتكون عن قلة خبرته ، أو اهماله ، أو جهله بتشريح هذا الجزء . وهى رؤيته غمد ليفى ثخين يكتنف مجرى البول والبصلة ، فيحسبه خطأ جدار المجرى نفسه فيضيع وقته سدى فى تمزيق هذه الأنسجة التى تكتنف المجري ، والتى تكون شديدة الوعائية غير متمكن من توصيل القسطرة الى المثانة . وهذه غلطة شائعة جداً

فعلى الجراح ، قبل محاولته ادخال القسطرة الى المثانه ، أن يتحقق من شق المجرى ولا بد أن يرى الغشاء المخاطى ، وان يضع فتلة دقيقة فى كلتا حافتى المجرى لكيلا يضل . فاذا ما رأى الغشاء المخاطى فعليه مداومة النظر اليه حين قطع الضيق . وربما كان ذلك أصعب مما يظن ، لكنهُ هو الطريق الوحيد

فاذا لم يستطع اقتفاء الغشاء المخاطى بعد الضيق الى التمدد القريب من المثانة فعليهِ أن يشق البصلة ، فى الخط المتوسط تماماً ، وهو لا بد أن يصادف المجرى حيث تكون متمددة أعلى الضيق

الختان

هل عجب أن تعرف أن الختان من أردأ ما يعمل من العمليات . إن أهمالنا عظيم ، فى هذه العملية ، ومع ذلك فالطبيعة أرحم من أن تعاقبنا على اهمالنا إذ كثيراً ما تحسّن نتيجة العملية الرديئة .

فمن الحوادث الحادثة قطعك جزءاً من الحشفة عند الصماخ البولى ، وأنت تقطع القلفة

وهذا مما يقتضى تعباً شديداً وعناية خاصة فى العلاج بعد العملية لاتقاء ما عسى أن يحدث من الضيق

وقد يقطع من القلفة أكثر مما يلزم ، فيتعرى القضيب ، وقد يقطع أقل مما يلزم ، فتتغطى الحشفة بالقلفة مما يقتضى الختان ثانياً

وذات مرة حاول جراح قليل الخبرة ، أن يقطع القلفة كلها فدفع القضيب متعمداً لدرجة أنهُ بعد أن انتهى من عمل المقراض وجد أنهُ أحدث جرحاً هلالياً فى العانة بينما بقى القضيب على حاله . والرأى فى مثل هـذه الحالة خياطة الجرح الهلالى ، وعلاج الفيموسس بعمل شق فى ظهر القلفة . ورجوع الفيموسس ، بعد العملية يكون عن عملية غير كاملة لعدم شق القلفـة حتى يصل الشق الى تاج الحشفة . ويفضل خياطة الجلد والغشاء المخاطى بكاتجت دقيق عند موضع الشق لضمان عدم رجوع الفيموسس

وقد تكون القلفة ملتصقة بالحشفة فاذا ما نزعت عنها فقد تزال طبقة من البشرة الحشفية . فاذا حدث ذلك كان من الضرورى دهن الحشفة بقليل من الفازلين المعقم مخافة التصاق الضمادة بالحشفة . وأحياناً لايمكن اتقاء هذا التقشر الحشفى ، ووقتئذ يكون من الضرورى جداً وضع الفازلين المعقم مخافة أن يحدث شيء من التقرح ، أو أن يلتصق ما بقى من القلفة بالحشفة التصاقاً دائماً

وقد يطول زمن النقه عقب الختان عن قطع القيد مما يتولد عنه تقرح مزمن متعب . فمن حسن الصنعة اتقاء قطع القيد ، فى كل الأحوال ، فى الشباب ؛ وفى أغلب الأحوال فى الأطفال . وقد تخالف هذه القاعدة فيهم

وقد مات كثير من الأطفال عقب الختان بسبب النزف . فيجب تحذير الأمهات وتعليمهن ألا يتمهلن فى طلب الاسعاف إن رأين نزفاً من الجرح . وعلى الجراح ألا يتباطأ فى ربط الوعاء النازف مجتزئاً بغيره من الوسائل كتجديد التضميد بباسم فراير فعبثاً يحاول وقفه بغير الربط

وإنهُ وإن يكن من الصعب المحافظة على الطهر العام إلا أن ذلك لا ينهض عذراً

للجراح فى توانيه عن النظافة بأقصى ما يمكن سواء أكان ذلك فى أثناء العملية أم فى العلاج بعدها . فكثيراً ما رأيتُ الحمرة وقد سعت الى الجرح وحوله ، والتقيح الحاد فى الغدد اللمفاوية فى الأربية ، والسم الدموي العفن مما كان سبباً فى طى صحيفة المرضى . وما كلهم بمرضى لأن الختان فى بلادنا ، مستحب شرعاً فيعمل للأطفال وهم أصحاء

وقد رأى بعضهم الختان فى طفل ، وقد أعقبتهُ قرحة سفلسية فى موضع الختان . وكان السبب أن الطفل كانت تعالجه قابلة مصابة بالسفلس

ولست أستطيع فض هذا الفصل ولما أذكر المشاهدة الغريبة الآتية :

ذهب شيخ الى جراح يستشيره لقرحة فى قضيبه . وكان مصاباً بفيموسس ، ولم يكشف عن حشفته. وقبل ذهابه الى الجراح ببضعة أشهر شعر بشيء من التآكل فى طرف القضيب يصحبه افراز صديدى . فاستشار طبيباً أخبره بأنهُ مصاب بالسيلان فرد المريض بأن هذا فى حد المستحيل، ولم يزد الجراح هذا القول الا اصراراً على رأيه . وبعد بضعة أشهر ذهب المريض ثانياً الى طبيبه . وكان فى القلفة وقتئذ ، ورم مسطح، أغبر اللون ، صلب ، قطره أقل من القيراط بقليل ، على وشك التقرح فى المركز . وكانت الغدد اللمفاوية فى الأربية كبيرة صلبة . فهز الطبيب رأسهُ قائلاً للمريض إن المرض سفلس . ولم يسمع مناقشة المريض فى أن إصابته بهذا المرض فى حد المستحيل تقريباً . أتدرى ماذا كان التشخيص ؟ إنهُ كان سرطاناً وقد دب فى تاج الحشفة

وبمناسبة الفيموسس والسرطان يحسن أن أذكر أنهُ قد ينشأ فى أثرة الالتحام المتخلفة عن الختان القديم جداً

الخفض

يقال خُفِضَت الجارية على المجهول كختن الغلام خاص بهن بخلاف الختان فانه شائع بين الفريقين . والخفض على ذلك ختان البنات . وفيه تقطع البظارة التى تكون بين أسكتى المرأة . وقلما يدعى لذلك الجراح لأنه من عمل الخافضة[1]. والمعتاد ألا يدعى الجراح إلا للمأسوكة ؛ وهى التى أخطأت خافضتها فأصابت غير موضع الخفض وإلا لمن حدث عندها نزف غزير

(١) الخافضة هى خاتنة النساء

الفصل الثانى والعشرون

أعضاء التناسل فى الأنثى

استئصال المبيض أو الورم المبيضى

إن الاغلاط فى تشخيص الأورام المبيضية كثيرة . فقد يشبه الجراح بالأورام المبيضية الأورام الكلوية ، والأورام الطحالية ، والأكياس المساريقية ، وأورام الأمعاء وغير ذلك من مختلف الأورام ، وكثيراً ما شبه الاستسقاء البطنى بالكيس المبيضى ، والكيس المبيضى بالاستسقاء البطنى . وقد بزلت المثانة الممتلئة بالبول ، والرحم المثقل بالجنين . على زعم أنهما أكياس مبيضية . ومن الصعب جداً اتقاء بعض هذه الأغلاط مع العناية التامة والفحص الدقيق . ومن السهل جداً اتقاء البعض الآخر مما يكون الوقوع منه من الإهمال العظيم . وعلينا أن نقابل هذه الأغلاط والحوادث ، ونحن نرويها بشيء من الحمد والشكر ؛ لأنها تزيدنا اطلاعاً ، وتحذرنا من أشياء تجب علينا ملاحظتها ، وتهدينا فى عملنا سواء السبيل . وليس من الحكمة ولا من السماحة أن نمطر مقترفى هذه الأغلاط وابلاً من الانتقاد المر ، وأن نندد بهم ونصرح بعيوبهم ضاحكين مستهزئين . فكل جراح صادق أمين منا نحن الجراحين لا بد أن يعترف ببعض الأغلاط التى لا تقل شأناً عنها ، وكل واحد منا ، لو كان فى عمره بقية ، وفى عمله وسعة ، لابد أن يضيف الى أغلاطه شيئاً جديداً .

يقول لى صديق من الجراحين إنه لا يذكر أبداً أنه وقع فى شيء من الأغلاط الشنيعة . ولست إخاله الاّ صادقاً فى قوله ، ولست أحتاج الى شيء من العناء لتأويل اعتقاده فى نفسه . ذلك أن الانسان اذا لم يحاسب نفسه على عمله ، ويعود نفسه أن يتهم نفسه بنفسه فيما يعمل ، فهو لا يرى الاّ صوابًا . بل إن الانسان اذا حاسب نفسه واتهمها بما كسبت من الأغلاط فالطبيعة تسمح لنا بكل شفقة ، أن نسدل عليها حجاباً كثيفاً ، وننساها فلا نذكرها . وربما كان فى شفقة الطبيعة هذه شيء من السعادة للجراح ، لكن ليس فيها شيء من الوسائل التى تبعث على كمال الفن وتقدمه . وهل من

ينكر أن طريق الكمال صعب وعر ؟ فما لم ينقش الجراح أغلاطه فى صحائفه بحروف بارزة لا تمحى ولا تنطمس ، و يستذكرها لنفسه ، و يذكرها لغيره من الجراحين ، بقى ثابتاً فى مكانه لا يتقدم وشابه ذلك القائد الخبير الذى شبهه فردريك الاكبر ببرذون معين فقال عنه إنه وان يكن قد خدم فى حملات ووقائع كثيرة الاّ أنه كالبرذون بقى كما هو .

تمحل الأعذار أمر سهل ، ولكل غلطة أعذار يمكن تمحلها . ولقد كان ، هناك ، أكثر من عذر ، لذلك الجراح الذى استأصل كيساً مبيضياً كبيراً من مريضته ، و بعد بضع سنين طلبت منه المريضة نفسها أن يستأصل لها الورم الذى نشأ فى المبيض الباقى وقد قبل الجراح أن يعمل العملية . وفى أثنائها دفع الآلة البازلة فى الورم الكبير الذى كان ناتئاً من الحوض . ولما لم يخرج من الآلة البازلة شىء من السائل أعاد البزل فى موضع آخر ، بغير فائدة . فأعاد البزل فى موضع ثالث . وقد حدث كل ذلك منه ولما يعرف أنه إنما يبزل رحماً موقراً[1] بجنين . وانتهت العملية باستئصال الرحم

ولا أرانى بحاجة أن أذكر تلك القاعدة المعروفة الواجب اتباعها ، وهى اخلاء المثانة من البول قبل كل عملية لفتح البطن ، أو أن أذكر أن الحمل يجب أن يعرف فى الوقت المناسب ، لا بعد فتح البطن . فاغفال هاتين القاعدتين إهمال عظيم يوقع الانسان فى أغلاط شائنة

إن عملية استئصال الورم المبيضى عملية ما أسهلها إن لم يكن فيها التصاقات بين الورم والاعضاء المجاورة . يفتح البطن ، و يستخرج الورم من الجرح ، و يربط العنيق ، ثم يقطع ، و يغطى بالبريتون ، ثم يقفل البطن . و إنه وان تكن العملية بهذه السهولة إلاّ أن فيها مواطن للزلل . فالمعتاد ، اذا كان الكيس المبيضى كبيراً أن يصغر حجمه ، لاخراجه من الجرح ، بالبزل بآلة بازلة كبيرة . والغرض من هذا البزل هو أن يستطيع الجراح استخراج الكيس من أصغر جرح ممكن فى الجدار البطنى . وهى خطوة غير مرغوب فيها ، والاعتراض عليها وجيه؛ ذلك أنك لاتستطيع أن تضمن عدم تلوث البطن بشىء من محتوياته . وكثيراً ما انتشر السرطان فى البريتون ، أو الأورام الحامية ، أو

---

(١) محمل حملا ثقيلا

الاورام الأدمية مما يتسرب من المحتويات فى تجويف البريتون ، ودع جانباً خطر الالتهاب البريتونى ان كانت المحتويات غير طاهرة . والرأى أن يعمل جرح كبير فذلك خير من تعريض المريضة لهذه المضاعفات والطوارئ . على أن الكيس المبيضى قد يهمل حتى يبلغ من الكبر حجماً لا يكون للجراح حيلة فى إخراجه الا بعد بزله .

ومن المضاعفات البعيدة ، بعد عملية استئصال الورم المبيضى ، الانسداد المعوى ، الذى ينشأ عن التصاق عروة من المعى أو جزء من الثرب بعنيق الورم . ولذلك ، يحسن أن يتوقع هذا الخطر فى كل حالة فيتقى بتغطية موضع القطع من العنيق بالبريتون ؛ إلا أن يكون العنيق رقيقاً صغيراً فلا تدعو الحاجة الى تغطيته . أما اذا كان العنيق غليظاً فيحسن أن يشق البريتون حوله وينزع قليلاً بشكل الكم ، ثم يربط العنيق بعد اختراقه بالفتلة ، ويقطع . وبعد ذلك يخيط الكم البريتونى لستر السطح المتعرى

ومن المسائل المفيدة معرفتك أن الحمل قد يحدث عقب استئصال الورم المبيضى فى الناحيتين . وتعليل ذلك ان المبيض ليس عضواً متميزاً محدوداً كما تصفهُ وتصوره الكتب التشريحية ، وكثيراً ما تترك أجزاء من المبيض فى العنق بعد استئصاله

وهذه الحقيقة حقيقة بالملاحظة لكى يعتمد عليها الجراح فيترك جزءاً من المنسوج المبيضى فى أثناء استئصال الورم المبيضى فى الناحيتين ، ويقى المريضة شر التأثيرات المكدرة ؛ تأثيرات اليأس الصناعى قبل الأوان

ويعتقد رملى دوسون فى كتابه تعليل النوع الذى يشرح فيهِ نظرية النوع الجديدة المبنية على المشاهدات الاكلينيكية مع ذكر الطريقة المؤدية لمعرفة نوع الطفل فى بطن أمهِ وقبل ولادته وبيان طريقة الحصول على النوع المرغوب فيه من ذكر أو أنثى والذى نقلتهُ الى اللغة العربية — ان المبيض الأيمن هو الذى يكوّن بويضات الذكور ، وان المبيض الأيسر هو الذى يكوّن بويضات الأناث . مستنداً على المشاهدات الاكلينيكية وخص الفصل الثالث والعشرين من كتابه بالأحوال التى اعتمد عليها بعض الذين لا يؤمنون بنظريته للاعتراض عليها ؛ وهى الأحوال التى استؤصل فيها أحد المبيضين أو ورم مبيضى فى أحد المبيضين ثم ولدت المرأة المستأصل منها المبيض ولداً من جنس

المبيض المستأصل، وفى بعض الأحوال ولدت المرأة توءمين مختلفى الجنس بعد استئصال أحد المبيضين . وهو يقول فى هذا الفصل :

« ولا ريب فى فشل نظريتى حالاً اذا لم أستطع أن أعلل هذه الأحوال النادرة والتعليل باختصار هو أنهُ من الصعب جداً ، بل من المستحيل غالباً أن نتحقق من استئصال كل النسيج المبيضى بعملية استئصال أحد المبيضين أو الورم المبيضى »

ثم استأنف بعد كلام لا محل لذكره هنا :

ويحسن أن نلفت النظر الى ما ذكره الدكتور دوبر[1] الذى يوضح سبب وجود بقع من النسيج المبيضى غالباً فى الرباط المبيضى ، ويقول ان البقع المبيضية قد توجد أيضاً فى الرباط المبيضى الحوضى . وينسب وجود هذه البقع الى جذب المبيضين من نمو الألياف العضلية فى الأربطة المبيضية

« وفضلاً عن وجود النسيج المبيضى فى الأنسجة المذكورة فهناك دليل قوى يحدو بنا للاعتقاد بوجوده بين طبقتى الرباط العريض وغير متصل بالأربطة المبيضية أو المبيض »

ثم استطرد بعد كلام طويل قائلا :

« ولنتكلم الآن على المبيض الاضافى[2] . لم يعرف للآن وجود مبيض ثالث بحجم المبيض الاعتيادى وشكله ووظيفته وببوق فالوبيوس ثالث

« ورغمًا من ذلك فأحيانًا يوجد المبيض الاضافى ولكن ليس بالتكرار الذى ذكره بيجل

« وهذه الغدد الاضافية هى كما يقول الدكتور بالانتين « أجزاء مضغوطة من الأعضاء الأصلية وانفصلت منها أثناء النمو ، وتحدث كما يقول بمعدل ٢ — ٣ فى المائة فى الصفات التشريحية . وفى أحوال نادرة يشاهد المبيض منقسماً قسمين متساويين بمثل هذا الضغط

« وطالما أنكر المستر بلاند ساتون وجود مبيض ثالث حقيقى ولكنهُ يعترف بوجود شرخ غائر أحيانًا يفصل قطعة من المبيض انفصالاً كليًا يظهر معه هذا المبيض كأنه مبيضان منفصلان ببرزخ ضيق

---

(١) Dr. Dauber.

(٢) Supernumerary Ovary

« ومن الجائز أن ينشأ ورم فى أحد الجزءين فقط ثم يكون سبباً فى استطالة البرزخ بثقله وجذبه حتى يحسبه الجراح فى اثناء العملية الرباط المبيضى فيقطعه بالمقراض تاركاً الجزء الثانى من المبيض بينما هو يدعى أنهُ قد أزال الورم المبيضى جُفَّة [١] »

فمن ذلك يتضح لك أن حدوث الحمل ، أحياناً ، بعد عملية استئصال الورم المبيضى فى الناحيتين يمكن تعليله كما يأتى :

(١) قد يترك جزء من المنسوج المبيضى فى العنيق

(٢) قد توجد قطع اضافية من المنسوج المبيضى :—

(أ) فى الرباط المبيضى

(ب) أو فى أحد الرباطين العريضين بين وريقتيه

(ج) أو فى الجزء المشرشر من البوق

(د) أو فى الاربطة الحوضية المبيضية

(٣) قد يوجد مبيض اضافى ثالث

أكياس الرباط العريض

تستأصل هذه الأكياس بالنقف . والقاعدة التى يجب أن تتبع ، هينا ، كما تتبع فى كل حالة نقف ، هى السير بالأصبع بالقرب مباشرة من المنسوج الذى يستأصل . وبهذه الطريقة يمكن اتقاء تمزيق الأنسجة المجاورة ، والنزف الغزير ، واصابة الحالبين

ولنذكر أن الحالب قد يلامس مباشرة جدار الكيس الذى يكون بين طبقتى الرباط العريض

سرطان المبيض

كثيراً ما يحدث السرطان فى المبيض ثانوياً إذ يكون السرطان الأولى فى عضو بطنى آخر . والسبب فى ذلك أن الخلايا السرطانية قد تنفصل من الموضع الأولى ، وتنحدر الى أدنى موضع فى التجويف البريتونى ؛ وهو ردب دوجلاس حيث تنغرس فى المبيض .

---

(١) الجفة السكل والجملة

ومن واجب الجراح أن يذكر ذلك ، وهو يفتح البطن لاستئصال المبيض السرطانى فقد يكون المرض الأولى كامناً فى المعدة ، أو المرارة ، أو فى المعى الغليظ ، أو فى أى عضو بطنى آخر . ولا يبعد أن يكون وقوفه على المرض فى موضع آخر سبباً ثانياً لاعادة التدبر فى اجراء استئصال الورم المبيضى . على أنهُ قد يحسن ازالة الورم المبيضى ، اذا كانت العملية سهلة ، ارادة التلطيف ، لأن هذه الأورام سريعة النمو ، فتصل الى حجم كبير . أما اذا كان استئصال الورم مما يستدعى عملاً طويلاً لارتباك الأعضاء والأنسجة المجاورة فالتنحي عن العملية أفضل

الالتهاب البوقى

إن الخطرين اللذين يهددان المريضة عقب استئصال بوق فالوبيوس الملتهب هما اصابة المعى ، ونشر العدوى . ولا شك أن الصدمة خطر آخر اذا طالت العملية . أما مسألة انتشار العفونة فى عامة التجويف البريتونى فأقل حدوثاً فى الأحوال المزمنة منها فى الأحوال الحادة ، فهو فى الحادة خطر حقيقى . ولاتقاء الخطر يلزم عزل ميدان العملية عن سائر التجويف بالحشو بالدسام ، وتجفيف كل ما يتسرب من الصديد فى التجويف الحوضى بأسرع ما يمكن ، مع المحافظة على جفافه فى اثناء العملية كلها . وليس من الضرورى عمل التصفية فى كل حالة ، والخبرة هى الوسيلة التى يسترشد بها الجراح فى معرفة متى تكون التصفية ضرورية . والقاعدة الالتجاء اليها فى أحوال الشك . وكذلك اذا وجدت التصاقات عظيمة فى اثناء العملية ، لما يعقبها من الرشح الدموى . وتعمل بوضع أنبوبة من المطاط لمدة يومين على الأكثر . فاذا ما تركت الأنابيب زمناً أطول فانها تصير كالأجسام الغريبة تهيج الأنسجة وتجعلها مأوى صالحاً لما عسى أن يكون موجوداً من الميكروبات الشريرة

وقد يعذر الجراح ، اذا أصاب المستقيم ، وما هذا العذر بعذر للتراخي . فليحذر الجراح وليستعمل الوسائل الضرورية اذا نال المستقيم شيء من الأذى . والخطر كل الخطر هو تجاوز جرح المستقيم بغير معرفته كما فى الحالة التى ذكرها المستر بلاند ساتون (١)

---

(1) Bland Sutton.

ففيها أحدث الجراح مزقاً فى المستقيم ، وهو يستأصل استسقاء صديدى فى بوق فالوبيوس ولم ينتبه اليه . وأمر أن يعمل لها حقنة شرجية بمحلول ملح الطعام بمقدار ثلاثمائة جرام بعد العملية بساعتين . فدخل السائل من المستقيم خلال التمزق الى التجويف البريتونى بعواقب موبقة

وقد ترى النواصير العنيدة جداً عقب استئصال الملحقات العفنة . وتكون كسائر النواصير التى تعقب عمليات فتح البطن ، من وجود غرز متقيحة . وهذه الغرز أو الأربطة أكثر ما تكون غائرة فى الحوض ، فلا تخرج بسهولة ، وعلى ذلك تظل النواصير بضع سنين منبع مضايقة . ويمكن اتقاء هذه المضاعفة باستعمال أدق نوع من خيط الكاتجت ينفق وسلامة الخياطة أو الربط . وليداوم الجراح على استعمال الكاتجت فى جميع الأحوال التى يستأصل فيها الأبواق الملوثة العفنة ؛ لأنهُ يمتص بسرعة ولايقوم سبباً للنواصير المستعصية

ووجه الصواب فى الجراحة أن يستأصل الرحم مع الأبواق الملوثة العفنة لأن الالتهاب الرحمى مرافق للالتهاب البوقى. هذا الى انه اذا ترك الرحم فقد ينثنى ويميل الى الخلف بالتصاقات خلفية تحول دون راحة المريضة فى المستقبل

الحمل خارج الرحم

اذا تمزق الحمل خارج الرحم فى التجويف البريتونى حدث نزف غزير سريع يبعد أن تؤول أعراضهُ خطأً . لكن ذلك غير مطرد . فقد يكون النزف أقل غزارة من أن يجعل التشخيص واضحاً ، ووقتئذ لا يبعد الغلط . فقد تحسب الأعراض ، من ناحية ، أنها حالة حادة فى البطن كانثقاب القرحة المعدية مثلاً ، فيعمل الشق فى غير الموضع المناسب ، وتطول العمليـة بغير مبرر . وقد تحسب من الناحية الأخرى ، أنها حالة اجهاض ، وبمناسبة هذه الاغلاط ، يحسن أن أذكر أن الدم قد يتجمع بدرجة عظيمة فى الحوض بغير أن يسهل ادراكه بالجس ولو وجد ورم بالقرب من الرحم فيه شيء من المضاضة . ولعل حرارة المريض خير وسيلة تساعدنا على معرفة الأحوال

اذا نظرنا اليها مع العلامات الأخرى جملة واحدة . والمعتاد أن التجمع الدموى الحديث فى التجويف البريتونى لا بد أن يصحبه غالباً ارتفاع فى الحرارة الاّ اذا كان المريض فى دور الهبوط والانحطاط، بينما أن الحرارة لا ترتفع فى حالة أحوال الاجهاض الطاهرة. وكذلك يختلف الألم فى حدوثه وسيره فى الحالتين ، فهو فى حالة يحدث فجائياً و يصير مستمراً ، ويحدث فى الأخرى تدريجاً ، ويكون متقطعاً . هذا الى أن فتحة عنق الرحم لا تكون متمددة رخوة فى الحمل خارج الرحم على غير ما هى الحال فى الاجهاض

ولست بحاجة الى أن أذكر أن السرعة فى العملية ضرورية فى حالة تمزق كيس الحمل خارج الرحم ، وأن أول ما يجب على الجراح عمله ، بعد فتح البطن ، هو محاولته وقف النزف . وهذا مما يتم بوضع جفت طويل على الرباط البوقى المبيضى الذى يسير فيه الشريان المبيضى . و بوضع جفت آخر على الجزء الرحمى من الرباط العريض لأن الفروع الانتهائية من الشريان الرحمى تسير فيه

ولا بدّ من الفحص عن حالة الملحقات الرحمية فى الناحية الأخرى ؛ لأن البوق الآخر يجوز أن يكون مثقلاً بجنين أيضاً ، كما يجوز أن يكون فيه مرض آخر ، كالاستسقاء البوقى مثلاً ، تهمنا معرفته ، ولو لم يكن الوقت مناسباً لهذه المعرفة لخطورة الحالة التى تكون فيها المريضة مما يمنعنا عن عمل ما يلزم للناحية الأخرى ، اذا كان فيها شئ مرضىّ ، فى الوقت نفسه

ولتعلم أن الحقن بالدم فى الوريد من الوسائل التى لا يصح أن ينساها الجراح ، فقد يفيد الحقن فى نجاة المريضة ، وقد فشلت الوسائل الأخرى فى بعض أحوال النزف الحاد من الإجهاض البوقى أو تمزق كيس الحمل خارج الرحم

الرحم

سبر الرحم بالمجس

إن لادخال المجس فى الرحم لسبره للفحص عن حالته حوادث مؤلمة وفواجع ثقيلة ولعلّ ادخال العفونة بإدخال المجس من أخطر الحوادث . فقد ذهبت مريضة الى

طبيبها مستشفية من أعراض معينة دفعته لسبر الرحم بالمجس؛ مما أعقبه التهاب بريتونى كاد يفقدها حياتها

والمضاعفة الثانية هى انثقاب الرحم . فقد كان أحد الجراحين على وشك كحت الرحم لعدم رجوعه الى حالته الأصلية عقب ولادة بسبب احتباس جزء من المشيمة أو الغشاء . فابتدأ عمله بإدخال المجس ولشد ما دهش اذ وجد أن المجس قد دخل مسافة طويلة بغير عائق . وبجس البطن امكنهُ أن يشعر بطرفه تحت الجدار البطنى . وانهُ وان لم يستعمل قوة فى ادخال المجس الاَّ أنهُ قد ثقب الرحم . ولتعلم أن الجدر الرحمية تكون رخوة ، وتبقى كذلك ، حيناً من الوقت ، عقب الاجهاض أو الولادة ، ووقتئذ يسهل جداً ثقبها بالمجس ، أو بالممدد ، أو بملعقة الكحت

وهذا مما ينطبق أيضاً على الرحم ، وقد دب فيه السرطان ، ويكون الانثقاب ههنا أشد خطورة ، لأنه قد يساعد على انتشاره فى عامة البريتون

ومما يصح تسجيله فى حوادث التـاريخ الطبى ادخال المجس فى الرحم الحامل . وحسبك ، أيها الجراح ، من هذه الحوادث ذكرها . والوجه فى اتقائها اتقاؤها

ولا أرانى بحاجة ، فى هذا العصر ، الى أن أقول إن من الواجب ألاّ يُدْخل الجراح المجس إلاّ بالمعاينة . فهى خير طريقـة لاجتناب التلوث والعفونة . وما دعانا الى التنبيه الى هذه المسألة إلاّ تمسك البعض بالطرق القديمـة التى لا تزال قائمة الى الآن . واليك قصة :

أرسل طبيب مريضة الى المستشفى لأنها مصابة بأورام ليفية فى الرحم . وقد قال فى رسالته إنه أدخل المجس الى باطن الرحم نحو اكثر من أربعة قراريط . والعجب أن تعلم أن هذه المريضة قد استؤصل رحمها منذ مدة طويلة . ولا أدرى كيف أدخل الطبيب المجس ، وفى أى طريق ساقه

ومن الحوادث الغريبة ادخال المجس فى كيس الحمل خارج الرحم مما أعقبه نزف غزير فهبوط المريضة

التمديد أو التوسيع

كثيراً ما يتمزق عنق الرحم ، فى اثناء التمديد . وليس خطر هذا التمزق منحصراً فيما قد يحدث عنهُ من النزف والعفونة . بل الخطر الجلل هو أن يصبح موضع التمزق مقراً للسرطان فى المستقبل . ومن الضرورى أن يحسب الإنسان ذلك خطراً قياساً على ما نعلمهُ من الظروف التى تسبق ظهور الورم الخبيث ؛ وسواءٌ أصح ما حسبناه أم لم يصح فليس من حسن الجراحة تمزيق العنق فى أثناء التمديد . ولعل السبب محاولة الجراح الحصول بالممدد بقوة و بسرعة على اكثر مما ينتظر منهُ . فان أردت، لسبب ما، أن توسع مجرى العنق اكثر مما وصلت اليهِ بغير تمزق فلتعمد الى قلم من اللامنارية ، وتضعه قبل عملية توسيع العنق بنحو اثنتى عشرة ساعة . وعليك اذا استعملت قلم اللامنارية أن تربط طرفه بشريط أو بفتلة متينة لأن طرفه الذى يكون فى باطن الرحم يتمدد اكثر من الجسم الذى فى مجرى العنق مما يستدعى شيئاً من القوة لاستخراجه

أما مسألة توسيع عنق الرحم توسيعاً يكفى لإدخال الأصبع فى باطن الرحم لتعرف حالته فمتروكة لحكم الجراح ورأيه . ولتعلم أن استعمال ملعقة الكحت للكحت فى الظلام مما يبعث على الخداع ، ولهذا يستحسن بعضهم ، أن يتحرى باطن الرحم بالأصبع . فقد ذكر مثلاً ، أن أحدهم قد وسع عنق الرحم ، ثم كحت باطنه ، علاجاً للقياء[1] . ومع ذلك فقد وصل الحمل الى التمام . فلو أن هذا الجراح تحرى باطن الرحم بأصبعه ، فى هذه المريضة ، لعرف أن الجنين لا يزال عالقاً .

وفى رواية أخرى ، كحت الجراح باطن الرحم كحتاً جيداً مدة خمس دقائق . و بعد ذلك فحص عن تجويف الرحم بأصبعه فوجد جنين أربعة أشهر كاملاً بمشيمته

ومن الحق أن نقول ان الأصبع والملعقة قد لا تصلان الى قطعة من المنسوج المشيمى تكون فى باطن الرحم ، لكن تجاوز هذه القطعة اكثر حدوثاً باستعمال الملعقة منه باستعمال الملعقة والأصبع . ولتعلم أن اكثر الأحوال التى تستدعى الاستعانة بالأصبع هى أحوال الإجهاض التى يسهل فيها عمل التوسيع اللازم لمرور الأصبع فى مجرى العنق

---

(١) القياء كثرة القيء

الكحت

ما أشد خطر هذه العملية ، وما أكثر عدد أحوال الانثقاب . لكن الطبيعة، لحسن الحظ ، كثيراً ما تدرأ الخطر، وتقال العواقب الوخيمة . فان لم تعطف علينا الطبيعة فقد تنتشر العفونة أو السرطان فى عامة التجويف البريتونى . واليك بعض الحوادث المؤلمة :

عملت عملية الكحت الرحمى لمريضة ، على زعم أنها فى حالة اجهاض . و بعد ذلك قبلت بالمستشفى وخارج من عنق رحمها نحو اثنين وسبعين قيراطاً من الامعاء الدقيقة . ولتعلم أن الانثقاب بالملعقة، كالانثقاب بالمجس ، كلاهما أكثر حدوثاً فى الاجهاض والحمل والورم الخبيث الرحمى لرخاوة الجدر فى هذه الأحوال

وقد يحدث أن يكحت الرحم كحتاً كاملاً بقوّة قد يتخلف عنهُ انقطاع الطمث انقطاعاً كاملاً دائماً ، فقد دعى أحد الجراحين لعلاج مريضة محصنة عمرها إحدى وثلاثون سنة . وكان تاريخها المرضى أنها أصيبت بنزف رحمى شديد دائم فأجريت لها عملية الكحت منذ ثلاث سنين . و بعد العملية انقطع الحيض تماماً . ولم يكن الرحم كبيراً وكانت تشكو من صداع شديد وتوعك مستمر

ولقد دعى جراح آخر لعمل عملية استئصال الرحم لاستسقاء دموى رحمى تخلف عن عملية الكحت . و بالفحص عن الرحم فحصاً كاملاً ، عقب استئصاله، اتضح رتق [1] كامل فى الفوهة الباطنة لعنق الرحم

وتعرف مريضة اضطر طبيبها المعالج الى اجراء العملية القيصرية لها لولادة التمام، وقد تعذر خروج الطفل بالطريق الطبعى لعـدم تمدد العنق . وذكرت المريضة فى تاريخها الطبى أنها خضعت لعملية الكحت مراراً

ولاتقاء هذه الأغلاط ، لا بدَّ من استعمال ملعقة كالة للكحت فى جميع الأحوال التى يمكن أن يكتفى فيها بها كما اذا أردنا استخراج حواصل الحمل . أما فى الأحوال التى تكون فيها الملعقة الحادة ضرورية فيجب استعمالها بكل رفق وعناية وحرص . وإياك أن تستعمل القوة فى الكحت . ولا تحسبن أن القوة معناها الاتقان . ولتحرص الحرص

(١) الرتق الكامل ترجمة Complete Atresia.

كله فلا تمحق الغشاء المخاطى العنقى مما قد يكون غرض الجراح من العملية ، فى أثناء العمليــة

واكثر ما تكون عملية الكحت لعلاج الغشاء المخاطى المبطن لجسم الرحم

ويروى أحد الجراحين أنهُ رأى ، مرات كثيرة ، وهو يعمل عمليات فتح البطن لسيدات أجريت لهن عملية الكحت قريباً ، التصاقات أو لمفا متعضونة على سطح الرحم. وهو يعتقد أن هذه الالتصاقات أو اللمفا دليل على ظاهرة التهابية متوسطة الشدة فى الجدار الرحمى عقب كحته . وربما كان سبب هذا الالتهاب هياج العفونة الكامنة فى بعض الأحوال ، ومسح باطن التجويف الرحمى بالأشياء الكاوية فى البعض الآخر

بقى علىّ أن أذكر شيئاً آخر قد يكون سبباً للخطر والمتاعب عقب الكحت . ذلك أن المرضى اللاتى عندهن التهاب مزمن فى الأبواق الرحمية والملحقات قد ينزفن كثيراً ، فى أثناء الطمث. وربما استدرج هذا النزف أو غيره من الأعراض والعلامات الطبيب للتوصية بعمل الكحت . فاذا أجريت عملية الكحت ، فى مثل هذه الأحوال ، فالخطر قريب ، لأن العملية كثيراً ما تشعل الالتهاب العفن الحاد فى الملحقات والبريتون الحوضى. فحتم على الجراح أن يتحرى حالة الملحقات قبل أن ينصح بعملية الكحت

استئصال الرحم

أول خطوة ، بعد فتح البطن ، فى عملية استئصال الرحم الكبير ، هى جذبك اياه من الجرح ، هذه الخطوة ضرورية جداً لأن إهمالك إياها يوقعك فيما وقع فيهِ أحد الجراحين وقد حاول أن يستأصل الرحم بسبب ما فيهِ من الأورام الليفية بغير أن يجذبهُ الى الخارج، من الجرح، فحدث نزف غزير من وعاء لم يتيسر لهُ الوصول اليه فنزيت[1] منهُ المريضة فماتت ، ولمّا تنتهِ العملية

وقد يجذب لإخراجه بجفت مشبكين يوضع على جزئه العلوى. وليست هذه الطريقة من حسن الجراحة فى شىء لأنك قد تساعد الخلايا السرطانية والمواد العفنة على

(١) يقال نزى الرجل على المجهول نزوا اذا نزف شديداً

التسرب الى التجويف البريتونى . وخير من الجذب بالجفت استخراجك الرحم بجذبك اياه باليد ، فان لم تستطع فضع الجفوت الطويلة على الرباطين العريضين ، على جانبى الرحم ، واجذب بهما أيضاً

ومعرفتك التشريح معرفة دقيقة ضرورية جداً فى عملية استئصال الرحم ضرورتها فى سائر العمليات الجليلة . فربطك الرباط العريض ، مع تضمينك فى الربط الرباط المبروم يقطع سير الدم من الشريان المبيضى ومن الشريان الصغير الذى يصحب الرباط المبروم، ويتفرع من الشريان الشراسيفى الغائر . ولا يبقى بعد ذلك الآ شريانان عظيمان هما الشريانان الرحميان . وبعبارة أخرى تكفى أربع ربطات ، اذا أحكمت تماماً ، للتحكم فى أغلب الغذاء الدموى الواصل الى الرحم . ومن الغلط الشائع ربط الشريان الرحمى غالباً بجانب الرحم . فاذا عملت هذه الغلطة فالجراح يفتح الشريان فى مستو أسفل فيفيض الجرح بالدم ، ويرتبك الجراح فى امساكه بالجفت . فلتبحث عن الشريانين الرحميين، فى أول العملية ، ولتربطهما بالقرب من موضع قطعهما دفعة واحدة

وقد تؤذى المثانة البولية بطريقة أو بطريقتين :

(١) قد تخطط الشريحة البريتونية المقدمة فى مستو سافل، وقد يدهش الجراح اذا عرف أنهُ قد قطع الجدار المثانى وهو يقطع هذه الشريحة . ولتعلم أن خط تلاقى المثانة بالرحم مما يمكن رؤيته بالنظر الدقيق لا باللمح السريع

(٢) وأما الطريقة الثانية فاصابة المثانة بالإبرة أوان خياطة الشريحة البريتونية المقدمة بالشريحة الخلفية اذ يغوص الجراح بالإبرة فى الشريحة المقدمة

وفى عملية الاستئصال الرحمى الكامل يتعرض الحالبان لأنواع مختلفة من الخطر ، وهى :

(١) قد يمسك الحالب عارضياً فى الجفت

(٢) وقد يقطع

(٣) وقد يستأصل منهُ جزء

(٤) وقد يتغنغر الحالب من حرمانه من غذائه الدموى .

ولاتقاء كل هذه الأنواع من الخطر يحسن توضيح الحالبين ، فى مبـدأ العملية ، ومداومة النظر اليهما والحرص عليهما . وسيفصل الكلام فى ذلك تفصيلاً فى آخر هذا الفصل إن شاء الله

العفونة والتلوث

إن من الصعب جداً اتقاء التلوث عقب عملية استئصال الرحم استئصالاً كاملاً لسرطان العنق . ويمكن تقليله ، كما يمكن تنحية العواقب الخطرة بتجهيز المريض تجهيزاً كاملاً ، واستعمال الدش المطهر ، وبحشو المهبل حشواً بعناية قبل قطعه . وأحياناً نضطر الى الحشو بالدسام لمنع الرشح الدموى من الأجزاء الغائرة فى الجرح الذى فى الحوض ، ثم الى ضم البريتون أعلى هذا الحشو وبرفع الدسام ، فى فرصة أخري ، من المهبل . ويقوم على هذا العمل اعتراضات كثيرة ؛ منها أن الدسام يصير عفناً سريعاً ، وقد ينسى جزء منه ، ويترك عفناً منتناً يخرج بسببه افراز غزير لا ينقطع الا اذا عرف السبب . ويحسن ، على كل حال ، عدم الحشو بالدسام بهذه الطريقة

النزف عقب العملية

قد يطرأ هذا النزف ، وقد يحدث قلقاً عظيماً ، كما حدث لبعض الجراحين فى حالة استئصال رحمى غير كامل لأورام ليفية . وكانت العملية بسيطة سهلة ، الا أنهُ أعقبها نزول دم أحمر من المهبل . ولم يكن الدم غزيراً ، أولاً ، ولذلك لم يفكر فيه الجراح كثيراً ولم يحسبه أنه من وعاء عظيم

وبعد بضعة أيام استدعى الجراح لأن النزف صار مزعجاً . فأعطيت المريضة المخدر ووجد الجراح أن الجزء الباقى من العنق كان متمدداً تمدداً عظيماً ، وفيه جلط دموية . وبعد تنظيف العنق من الجلط وضع الجراح الجفوت على طرف الشريانين الرحميين . ولكن سقط أحد الجفوت وفيه طرف الشريان الرحمى الأيسر . وكانت ربطته فى محلها وضابطة النزف . وقد شوهد أن طبقات الشريان ، قبل الرباط بنحو قيراط ، تعلوها جلط دموية مما دل على أن الشريان قد جرح ، فى هذا الموضع ، فى أثناء العملية .

ورأى الجراح انه لا بد أن نال هذا الشريان بالابرة وهو يخيط الشريحة البريتونية المقدمة بالشريحة البريتونية الخلفية، وربما أخذ جزءاً من جدار الوعاء فى الخياطة. ولحسن الحظ لم يتكرر النزف، وتماثلت المريضة من عمليتها

إصابة الحالب فى العمليات التناسلية

يتعرض الحالب للخطر فى عمليات مختلفة . فقد يؤذى الجزء السفلى من الحالب ، فى أثناء عملية سقوط الجدار المقدم من المهبل، أو والجراح يفصل المثانة من الغشاء المخاطى المهبلى، و بقايا الصفاق الحوضى. أو والجراح يخيط الصفاق. لكن الأذى اكثر ما يكون فى عملية استئصال الرحم للورم الخبيث ؛ وقد يحدث أيضاً فى العمليات الأخرى التى تكون داخل الحوض ، ولا سيما ذلك اذا تغيرت العلاقات التشريحية ، كما يحدث فى الورم الليفى فى العنق اذ يكون الحالب قريباً جداً من العنق الضخم لا منفصلاً عنه بنحو ثلاثة أرباع القيراط . واكياس الرباط العريض قد تقترب من الحالب فتجعله فى منطقة الخطر .

ومن المهم ، لتقليل خطر اصابة الحالب ، ان تعرف تماماً موضعه بين الأنسجة ، وأن تعين هذا الموضع وتكشف عن الحالب ، فى الدور الأول من العملية اذا كانت مما يحتمل جداً أن يصاب الحالب فيها كعملية فرثيم[١] لاستئصال الرحم للسرطان .

ولعل اكثر المواضع التى يصاب فيها الحالب هو حيث تعبره الأوعية الرحمية، وقد يُدْمجه الجراح فى الربطة التى يضعها على نياط المبيض[٢] لضبط الشريان المبيضى فى موضع أعلى الأوعية الحرقفية الظاهرة؛ ففى هذا الموضع يقترب الحالب من الشريان المبيضى

واذا لاحظ الجراح أنه قطع الحالب ، فى اثناء عمله ، فليسلك طريقاً من ثلاث :

(١) الوصل بادخال الطرف العلوى فى السفلى ، وتثبيته بغرز

(٢) أو غرس الطرف العلوى فى المثانة ؛ وذلك حينما تستأصل قطعة من الحالب

---

(١) Wertheim.

(٢) نياط المبيض ترجمة Suspensory ligament of the ovary.

(٣) أو ربط طرفى الحالب ، وذلك ان لم تسمح حالة المريضة بتطويل العملية ؛ لأن هذا الربط لا يستغرق زمنًا ؛ ويلزم أن تكون الكلية فى الناحية الأخرى سليمة وكذلك حالب الناحية الأخرى

العملية القيصرية

ما أكثر التعصب والتحامل فى مسائل علاج الولادة . ألم تركيف قاوم القوم قديمًا؛ استعمال التخدير لتلطيف أوجاع الولادة مقاومة أغار[٢] القوم فيها الى القسس العزب . وهل أتاك حديثًا، خبر تردد رجال الطب ونفورهم من أن يسمحوا للسيدات من الانتفاع بالعملية القيصرية . ولعل السبب فى هذا التردد نوع من اللبس والاختلاط

فالعملية القيصرية على نوعين :

فالنوع الأول ما يعمله الجراح نظيفًا مع تعمد وسبق اصرار

والنوع الثانى ما يعمله الجراح عفواً أو اتفاقًا مع سبق الفحص عن المهبل مراراً ، وسبق محاولته اخراج الجنين بالطريق المهبلى ، مما يكون قد أضعف الوالدة

والفرق عظيم بين النوعين ؛ فى النوع الأول تكون الأم سليمة ، وكذلك الجنين . وفى النوع الثانى يكون الجنين مائتًا . والأم ميتة ، أو على الأقل مصابة بشىء من التمزق فى أعضاء التناسل

ولست أشك فى أن عدد المترددات على عيادات أمراض النساء يقل كثيراً إذا ما وجه القوم عنايتهم لاستثمار العملية القيصرية فى أحوال عسر الولادة . فعلينا أن نتجنب اصابة الجدار السفلى الحوضى ، وأن نتنحى عن اتلاف رأس الطفل اتلافًا قد يحدث الوفاة أو العته أو التشوه ، وعلينا أيضًا أن نتحاشى استعمال الآلة الفظيعة — جفت الولادة — لكن من العبث أن يحاول الانسان اخراج القوم من عاداتهم ، بل من العبث الخروج من عاداتهم

---

(١) يقال أغار فلان الى بنى فلان اذا جاءهم لينصروه

(٢) الميت بالتشديد الذى لم يمت بعد بل سيموت

لكن ليس ما يمنعنا من أن ننصح كل حامل ، بل أن نلح عليها لقياس حوضها — الفتحة العليا والفتحة السفلى — قبل أن يجيئها المخاض . فتستسلم للولادة الطبيعية وعسرها وأن ننصح لها بطلب معرفة النسبة بين فتحة الحوض السفلى ورأس الجنين . ولا تقبل الاعذار فى التراخى عن هذه الوسائل الوقائية

وربما كان معظم النكبات التى تعرض عقب استخراج الجنين بالعملية القيصرية ناشئًا عن محاولة سابقة لاخراج الجنين خلال الطريق الطبيعى . والخطر كل الخطر ، فى هذه الحالة ، من العفونة ، ولا يؤمن جانبها الاّ بعمل العملية ولما يمزق الكيس الأمنيوسى

والمعتاد ألاّ يحدث نزف غزير اذا عملت العملية بمهارة متوسطة ، الاّ أن يكون الشق الرحمى فى غير الموضع المناسب . والقطر المستعرض للرحم ينحرف عن المستوى الاكليلى للمريضة ولذلك يلزم أن يعرف ، أولاً ، فى أى ناحية من المريضة ظهر الجنين ، ثم نعمل الشق خلال غمد العضلة المستقيمة المماثلة . و بعد فتح البطن يلزم أن نتحقق من وضع الرحم بدقة لكى نعمل الشق الرحمى فى متوسط السطح المقدم للرحم فالجراح السريع يكون شديد الخطر فى هذا الدور . فقد يشق الرحم فى أى جزء منه يعرض خلال الجرح ، فلا يبعد أن يكون الشق قريبًا من الشرايين الرحمية ، وقد يقطعها

وتمزق الرحم فى أثناء الحمل المستقبل أو الوضع المستقبل من العواقب الخطرة للعملية القيصرية . ويمكن اتقاء هذا الخطر بعمل الشق فى الرحم فى جزئه السفلى — مع عدم التعرض للثلث العلوى من الرحم — وبخياطة الشق الرحمى بعناية . وههنا تكون السرعة فى العمل من دواعى الفشل ، وكلما سمعت جرّاحًا يفتخر بعمله العملية القيصرية فى خمس دقائق تحققت ان احصاء عملياته لا بد أن يتضمن نسبة مئوية عظيمة من تمزق الرحم فى المستقبل والفتق البطنى . فهل هذا الجرّاح فى حاجة الى توفير بضع دقائق فى هذه العملية . أليس توفيره هذا الوقت مما يضر المريضة ضرراً بالغًا

ومما يزيد احتمال حدوث التمزق فى الرحم فى المستقبل هو التلوث العفن ، وهذه المضاعفة لا يحتمل حدوثها عقب العملية القيصرية المنتظرة

وذات مرة ، وأنا أعمل العملية القيصرية لحامل لم يأتها المخاض وان كانت قد استكملت زمن الحمل تذكرت شيئًا أخذته عن المجلة الطبية البريطانية وهو حشو الرحم بفوطة يخرج طرفها من المهبل . وعلى ذلك وضعت فوطة فى الرحم ، بهذه الطريقة ، بعد بلهـا بمحلول ثانى يودور الزئبق ، واقفلت الرحم ثم الجرح البطنى . ولما أردت استخراج الفوطة من المهبل لم أجدها . ذلك لأن الفوطة بقيت فى الجزء السفلى من الرحم لعدم بدء الوضع ، واضطررت لوضع الحامل فى وضع شق العجان لتمديد عنق الرحم واستخراجها . وإنه وان ينشأ عن ذلك ضرر إلا أن هذه الغلطة الصغيرة تعلمنا كيف يجب أن نستقبل الجديد من الطب بكثير من التحفظ

أغلاط الحمل

عرفت جرَّاحًا استشارته سيدة ، وأخبرته أنها تزوَّجت منذ سنة ونصف ولم يبدُ عليها أو عندها شيء من أعراض الحمل . و بينت له أن مسألة الحمل مسألة جليلة الخطر ، وأنها تتوقع ولداً بفارغ الصبر . وكانت تغيب قليلاً ، مرات كثيرة ، عن زوجها . وأخيراً وافقت على الذهاب الى إحدى دور الصحة خاضعة للفحص الكامل عن الرحم بعد تمديد عنقه . وقد كان كل ذلك ، ولم يتضح شيء غير طبيعى . فمدد العنق ، وكحت الرحم ، واستخرجت الملعقة جنينًا صغيراً

وذات مرة ، عالج طبيب سيدة لاجهاض غير كامل . وكان زوجهـا غائبًا وقت العلاج . فلما عاد من سفره ذهب الى دار الصحة حيث كانت تعالج زوجه ليشكر للممرضات حسن معاملتهن لزوجه وليتعرف حالتها . فأخبر أنها كانت مصابة باجهاض وان أراد ايضاحًا كافيًا فعليه بالجرَّاح . فذهب اليه وشكر له علاجه وعنايته بزوجه ، فى أثناء الاجهاض ، و بعد قليل وجد الجرّاح التعس أنه فى حالة حرجة إذ وصلته دعوة يطلبه لتأدية الشهادة فى دعوى الطلاق . لأن الزوج ، فى أثناء مرض زوجته ، كان منفصلاً عنها وقد مضى عليه أكثر من سنة

ان هذه الحكاية تبين ما يجب على الجراح من الاحتياط والحذر وهو يتولى علاج السيدات ، ولا سيما ذلك اذا كن غريبات عنه ، فى مثل هذه الحالة

واليك حكاية أخرى :

وجد لقيط مقتول فى احدى قرى مركز قليوب ، وفى أثناء التحرى عن والدته وصل المركز بلاغ من مجهول أن السيدة الفلانية وضعت قريبًا ، وليس عندها طفل . فطلب المركز من مفتش صحة المركز الفحص عنها للتحقق من صدق البلاغ . وقد كان ، وفحص عنها الطبيب ، وقرر أنها فى حالة نفاس ، وأشار بأرسالها الى مستشفى قليوب . وقد حضرت . هل أخبرك ماذا وجدت بالفحص عنها ؟ إنها كانت فى الشهر التاسع من الحمل ، وفى الوضع تقريبًا

وكثيراً ما تغاضى الطبيب عن الحمل ؛ وهى غلطة شائعة جداً . ولقد ذكرت لك بعض الأمثلة ، واليك غيرها : —

رأى أحد الجرّاحين ، ذات يوم ، جرّاحًا آخر وهو يستأصل رحم سيدة عاقر محصنة عمرها أربعون سنة . ففتح البطن ، واستأصل الرحم الكبير . وبعد اتمام العملية ، ووضع الضمادة عمد الجرّاح الى الفحص عن الرحم المستأصل . فقال ، وهو لا يزال يفحص عنه ، صائحًا فرحًا : « انه سرطان فى جسم الرحم كما ظننت » وبالتمادى فى الفحص ، قطع ما حسبه سرطانًا فرأى جنينًا . وكان ما حسبه سرطانا المشيمة . ولا تسل عما تولاه من الذهول والدهشة وحسبك أن تعرف أنه أجرى العملية بين لفيف من الجرّاحين حضروا لمشاهدتها

ويمكن أن يتمادى الانسان فيذكر امثلة كثيرة لمثل هذه الغلطة . وقد يكون بعضها مؤلمًا . وفيما ذكرت الكفاية . وهذه الأغلاط تنشأ عن أسباب كثيرة منها !

(١) قد تذكر المريضة تأريخًا خطأً يستحيل معه الوصول الى الصواب

(٢) وأهم من ذلك الفحص عن المريض فحصًا غير كامل والتسرع فى إعنات المريضة للعملية

فعلى الجرّاح أن يهتم بالفحص عن الثديين ، وعن افرازهما ، وعن رخاوة العنق ، وعن النفخ الرحمى الذى يسمع بالمسماع ، وكذلك يجب تعرف أجزاء الجنين وحركاته ، وتعاقب الصلابة والرخاوة فى الورم الناشئة عن الانقباضات الرحمية . فإن كنت فى ريب من أمر التشخيص فلتعتمد على الوقت فإنه كفيل بإظهار الحقيقة

الفصل الثالث والعشرون

المستقيم

الإصــابات

زعموا أن المستقيم قد تثقبهُ أصبع الجراح فى أثناء الفحص عنهُ ، وهو مما لا يطمئن الإنسان اليهِ إذا كان المستقيم سليما . أما الانثقاب من منظار الانثناء السينى فأقرب ، وكذلك الانثقاب من مبسم المحقنة الشرجية .

ولتعلم أن هذا المبسم هو سلاح خطر فى يد الممرضة الخرقاء مما يستدعى حذفه من جدول الأدوات الطبية ، وضمه الى جدول الأشياء الأثرية. وخير مايستعمل ، بدلاً منهُ أنبوبة مرنة . لأن المستقيم ليس شديد الإحساس فتشعر جدرانه بالألم إذا ضغطت ضغطاً عظيماً

وإليك قصة عن اصابة عظيمة فى المستقيم فاتت على الجراح بغير أن يدركها :

كان المريض صانعًا فسقط الى الأرض من ارتفاع يبلغ بضع أقدام . وكانت وراءه عجلة ثقالة اصطدمت يدها برجليهِ فى أثناء سقوطه . وذهب الى أقرب مستشفى . ففحص عنهُ الجراح النائب ولم يشتبه فى إصابة شديدة فى المستقيم . فحجزه قليلاً تحت الملاحظة ثم صرفه . فأغمى عليهِ وهو فى الطريق ، وشعر بألم فى البطن ، مما جعل أصدقاءه يحملونه إلى مستشفى آخر حيث لم يشتبه الجراح المقيم فيه فى إصابة عظيمة فى المستقيم واوصى بفصل المصاب من المستشفى .

وفى اليوم التالى قبل المصاب فى مستشفى ثالث وهو على وشك الموت من حالة حادة فى البطن ولم يوضح الفحص المستقيمى أى علامة على الرض الخارجي أو أثر الدم ، ولم يستدل على شيء بإدخال الأصبع فى المستقيم . وحقيقة الإصابة تمزق عظيم فى المستقيم نافذ فى التجويف البريتونى . وكان المأمور القائم بالفحص عن أسباب الوفاة[1] نكداً مشاجراً فلم يرحم الجراح النائب الذى أخرج المصاب من أول مستشفى

---

(١) Coroner.

سقوط المستقيم

لقد مرَّ بك ، فى فصل آخر ، أن سقوط الغشاء المخاطى للمستقيم فى طفل أحدث أعراضاً حسبت خطأ تغمداً معوياً . والسقوط المزدوج فى الناحيتين يمكن حسبه خطأ سقوطاً فى المستقيم ، وان يكن ، من السهل التمييز بينهما ؛ لأن سقوط الغشاء المخاطى المستقيم لا يحدث ورماً اسطوانياً . فكلا النصفين يسقط منعزلاً ، ممسوكاً من الطرفين المقدم والخلفى فيكون بينهما شق متوسط؛ بينما أن سقوط المستقيم يكوّن بروزاً اسطوانياً يكتنفه ميزاب

ولعل النكبات التى صادفت الجراح فى علاج سقوط المستقيم والتى لم تسجل فى التاريخ الطبي كثيرة . وهى تنشأ عن الخطأ فى التشخيص أو عدم الاهتمام بأن الغطاء البريتونى يصحب الجزء الساقط من المعى . ويحكى بعض الجراحين أنهُ رأى بعضهم وهو يشرع فى ربط ماحسبه بوليبوس فى المستقيم . وما منعهُ من اتمام عمله إلا زيادة الورم زيادة فجائية عظيمة فى أثناء العملية . فروع مما رأى ودعى زميلاً له لمساعدته . فأطلعهُ المساعد على حقيقة الأمر

البواسير

علينا ، قبل أن ننصح للمريض بالرضوخ لعمليــة استئصال البواسير ، أن نسأل أنفسنا : لمَ يصاب المريض بالبواسير ؟ لأننا إذا لم نتدبر فى جواب هذا السؤال فقد ننصح الحامل للتضعضع لعملية البواسير . وقد نقع فى أغلاط أخرى ، كأن ننصح لمريض بالكباد المزمن أن يعالج بواسيره بالمشرط ؛ مع الخطر المزدوج من الكلوروفورم ومن الكباد نفسه .

وقد أجريت عملية البواسير لمريض ، ذات مرة ، فأصابه بعد بضعة أيام ، إسهال مستمر ، مما استدعى الفحص عن المستقيم بالأصبع فوجد أن بهِ سرطاناً عظيماً متقرحاً . وقد مات المريض بعد قليل

عمليات البواسير

إن المعتاد تمديد العضلة العاصرة فى أول العملية . وسواء أكان هذا التمديد ضروريًا أم لا مسألة فيها نظر . لكن المهم أن يعمل التمديد بكل رفق وتبصر ، لأنهُ إذا عمل بقوة فقد يبطل عملها . وإياك أن تتوهم أن هذا الخطر وهمى . ويقول هارولد باروز ان سيدة قد استشارته لإصابتها بشلل فى هذه العضلة عقب عملية البواسير . وكانت الاستشارة بعد سبع سنين . وقد أعيدت العملية بعد سنة رجاء أن يعود الى العضلة عملها . ولم ينفعها العلاج المتواصل بالكهربائية والرياضة زمنًا طويلاً . وبقيت السيدة المسكينة على حالها من الشقاء ، رغم كل ذلك ،

ولتعلم أن النزف يكون كامنًا فى المستقيم ، إن لم توضع أنبوبة ، ذلك لأن العضلة العاصرة تحجز الدم ، وتمنعه من الإعلان عن نفسهِ فى الضمادة . وقد يستمر النزف حتى يشحب لون العليل . وقد لا يدرك . ولاتقاء هذا الخطر لا بد من معاينة ميدان العملية والتحقق من وقف النزف ، قبل أن يرسل المريض الى سريره . ومن وسائل الاحتياط الإضافية وضع أنبوبة فى المستقيم وتركها مدة أربع وعشرين ساعة أو ثمان وأربعين . فهى تقف الدم بضغطها على جدر المستقيم ، وإن لم تقفه تصفى خلالها وظهر على الضمادة وربما ساعدت على اخراج الأرياح . وليعمل الجراح لكيلا تختفى الأنبوبة فى المستقيم بتثبيتها بدبوس الأمن

ويحكى ، ذات مرة ، أنهُ حدث نزف وريدى خفيف عقب عملية بواسير ، واستمر ثلاثة أيام ، فأتعب المريض . فاضطر الجراح الى الفحص عن المستقيم بالأصبع ، فوجد كتلة برازية جامدة كبيرة فأزالها فانقطع النزف . ألا توضح هذه الحكاية ضرورة ما كان يجب ذكره ، أولاً ، من العناية بتجهيز المريض جيداً قبل اجراء عمليات المستقيم

ضيق المستقيم

إن هذه المضاعفة كثيراً ما تطرأ عقب عملية البواسير التى تستأصل فيها مساحة عظيمة من الغشاء المخاطى كيفما كان نوع العملية . ومتى ظهر الضيق فليس من السهل

علاجه . وفى بقائه للمريض عذاب . فلا بد من اتقاء هذه المضاعفة : مما يتم بوسيلتين فالوسيلة الأولى هى المحافظة على الغشاء المخاطى بقدر الامكان . والوسيلة الثانية هى الفحص عن المستقيم بالأصبع بعد العملية بأسبوعين . وماهذا الزمن بأقصر من أن يوضح الضيق الناشىء . وأما قبل ذلك فالفحص عن المستقيم بالأصبع مؤلم

الناصور الشرجى

من المعتاد أن يمدد الجراح العضلة العاصرة ، فى هذه العمليـة ، تمديده إياها فى عملية البواسير . ولا أرى هذه الخطوة ، هنا ، ضرورية . فإن أبى الجراح إلا التمديد فليكن برفق ولطف خوفاً من ظهور الشلل الدائم . وقد رأى أحد الجراحين سيدة مصابة بهذا الشلل عقب عملية ناصور شرجي . وقد اعتادت هذه السيدة تناول المورفين لاحداث الإمساك رجاء منع التبرز فى وقت غير مناسب . ولست على يقين تام أكان هذا الشلل نتيجة تمديد العضلة أم عن طريقة استئصال الناصور

ولا بد ، فى أثناء فتح الناصور ، من العناية التامة ليكون شق العضلة العاصرة الظاهرة عمودياً على اتجاه أليافها ؛ لأنك إذا جعلت الشق منحرفاً فقـد تبقى العضلة ضعيفة ضعفاً دائماً

ولا يقلل من شأن هذه النصيحة ندرة هذه المضاعفة عقب عمليات النواصير ؛ ذلك لأن أغلب النواصير لا تكون بين العاصرتين ، بل كثيراً ما يكون الطريق بين الغشاء المخاطى والعضلة العاصرة الظاهرة . على أن الطريق قد يكون بين العاصرتين ، ووقتئذ يلزم الاحتياط

ومن المسائل الجديرة بالاهتمام ، فى هذه العمليات ، اتقاء قطع العضلة العاصرة الباطنة ، اذا امتد طريق الناصور الى الأعلى فى الأنسجة التى تكتنف الباطنة وتكون فى الجهة الوحشية منها . لأن قطع العضلتين الظاهرة والباطنة مما يضعف قوة استمساك المواد البرازية ويزيد احتمال حدوث هذه المضاعفة

ووجود فتحتين ظاهرتين لا يدل على وجود ناصورين منفصلين . وإياك أن تشق

العضلة العاصرة فى موضعين ، زاعماً أن الفتحتين تقتضيان ناصورين ، لما يعقب ذلك من الحوادث الخطيرة . والمعتاد أن يوجد فى هذه الأحوال طريق ناصورى واحد بين العضلتين العاصرتين . والذى يجب عمله هو شق هـذا الطريق الناصورى ، ثم البحث عن سائر الطرق المتفرعة منه وفتحها بغير أن تقطع العضلة اكثر من مرة

ومن دواعى الفشل فى عمليات الناصور الشرجي هو عدم ادخال المسبر فى طريق الناصور مباشرة ، فلا يستطيع الجراح فتح الطريق كله . وتتقى هذه الغلطة بادخال المسبر بكل رفق . واتعلم أنك اذا استعملت القوة فى ادخال المسبر وكان الطريق غير مستقيم فقد تحدث طريقاً كاذباً

وكثيراً ما تكون النواصير درنية ؛ مما يستدعى ارسال المريض لطبيب الأمراض الباطنية للتحقق من سلامة الرئتين ، ولمداواة الصحة العمومية

سرطان المستقيم

ليس سرطان المستقيم سرطاناً خبيثاً جداً دائماً . ولا شك أن العمليات تكون أقرب الى النجاح اذا توصل الجراح الى تشخيص المرض فى دوره الأول . ومن المحزن أن الجراح لا يستشار إلاَّ بعد فوات الوقت المناسب . وحبذا لو تنبه الى ذلك الجراحون فبادروا الى اتهام المستقيم بالسرطان اذا بدا على المريض اسهال ، أو زادت مرات التبرز فى اليوم زيادة خفيفة ، أو ظهر عند المريض امساك ، أو خرجت منه مواد مخاطية ، أو مواد مخاطية دموية ، أو شعر بعدم الارتياح فى المستقيم . فكل أولئك من العلامات الأولية . أما البواسير المتزايدة حجماً وتأثيراً ، والكاشكسيا ، و «عرق النسا» والانسداد المعوى فمن العلامات الأخيرة

وتنقسم العمليات لسرطان المستقيم الى ثلاثة أقسام :

ففى القسم الأول يمكن استئصال الجزء المعوى المصاب بغير اصابة العضلتين العاصرتين ثم يمكن وصل الطرفين بعد الاستئصال . وأمل النجاح فى هذا القسم عظيم لكنه لسوء الحظ أندر الأقسام

وفى القسم الثانى يعمل مع الاستئصال الشق القولونى

وفى القسم الثالث لا يمكن استئصال السرطان ؛ وقد يعمل الشق القولونى

ولا يتسع المقام لذكر دقائق هذه العمليات ولا لذكر الدلالات التى نسترشد بها لتخير طريقة العمل . وحسبك، أيها الجراح ، أن أذكر لك بعض الملاحظات العمومية فى جوهر الموضوع

اذا عملت العملية عبر العصعص ، وأمكن توصيل الطرفين بعد الاستئصال فمن الضرورى تصفية الجرح . لأن التقيح كثيراً ما يحدث عقب هذه العمليات وقد تمتد العدوى فى المنسوج الضام المسترخي إذا لم يعمل على تصفية الجرح . وقد يتولد ناصور برازى يلتئم من نفسه فى المستقبل

وقد لايستطيع الجراح ، بعد استئصال الجزء المعوى المصاب مع الأنسجة المجاورة المصابة ، أن يصل الطرفين . وربما مال ، وقتئذ ، لعمل شرج عجزى . وهذا ما يجب التنحي عنهُ ، لأن الشق القولونى أفضل للمريض كثيراً ، وعملك اياه أوان عملية الاستئصال يوفر على المريض متاعب عملية أخرى

وبقيت كلمة بشأن عملية الشق القولونى اذا أريد بها تخفيف الحالة لتقدم المرض وتعذر استئصاله ، ومتى يكون ذلك . ان الوسيلة التى يسترشد بها الجراح لمعرفة أيعمل الشق القولونى أم يستأصل الورم هى راحة المريض . وما الشق القولونى إلا أخف الضررين ؛ فلا ينصح الجراح بعمله الا اذا شقت على المريض حالته

الخراج الوركى المستقيمى

إن المعتاد أن يفتح هذا الخراج فتحًا واسعًا ، ويغسل التجويف ، ثم يحشى بالدسام المطهر . واذا بكر الجراح فى فتحه يتم الشفاء بغير أن يرتبك المستقيم . أما اذا وصل الخراج الى الغشاء المخاطى أو اذا انثقب فالجرح لا يلتئم الاَّ اذا قطعت العضلة العاصرة وخير شق ما كان على شكل T أو على شكل الصليب ، فى الأدوار الأولى ، ويكون الشق النازل من شكل T موازيًا لثنية الأليتين وممتداً فى طول الأنسجة الملتهبة

وقد ذكر الدكتور لوكهارت ممرى طريقة جديدة فى علاج هذا الخراج ونشرت فى المجلة الإكلينيكية بتاريخ ٥ ديسمبر سنة ١٩٢٣ قال فيها ما يأتى :

« كان المعتاد ، فى أيام تلمذتى ، علاج الأخرجة بكحتها وحشو تجويفها بالدسام . ولا أدرى من ابتدع هذه الطريقة الوحشية ؛ كما لا أدرى ماذا عسى أن يكون الغرض منها . فقد كان يصحبها ألم شديد ، فى أثناء التضميد ، وكان يطول بها زمن العلاج كثيراً . هذا الى انى أرى أن من العبث أن يفتح الخراج ، ثم يسد ثانياً . ولا شك أن اتباع هذه الطريقة ، فى علاج الخراج الوركى المستقيمى كان مما ينشأ عنهُ الناصور الشرجى القياسى

«ولقد حاولت الوصول الى طريقة لعلاج الخراج المستقيمى الوركى بغير أن ينتهى العلاج الى ناصور شرجي . لأن الناصور كثيراً ما تخلف فى العمليات التى أجريتها بالطرق القديمة . ولقد وجدت أنى اذا وضعت أنبوبة تصفية كبيرة وثبتها بالخياطة فى الجرح ، وجعلت طرف الأنبوبة يصل الى تجويف الخراج فقد يحدث الالتحام بغير ناصور . وقد كان من الصعب المحافظة على الأنبوبة فى موضعها . ولقد تركت هذه الطريقة وآثرت الطريقة الآتية :

« يفتح الخراج بالمشراط بشق صليبى ، بالطريقة الاعتيادية ، ويسمح للصديد بالخروج . ثم يستأصل بعد ذلك الجلد الذى يكون الجدار الخارجى استئصالاً كاملاً وبذلك تعمل فتحة واسعة يكون قطرها نحو القيراط أو أكثر ، ويترك باطن الخراج وشأنه . وتوضع ضمادة رطبة مضادة للعفونة على السطح المتعرى وتغطى بشىء واقٍ يحفظ الرطوبة ويمنع التصاق الضمادة بحافات الجرح مما يمنع تصفية الافراز . ولتكن الضمادة كبيرة لكى تكفى لامتصاص الافراز مدة اثنتى عشرة ساعة تقريباً . وليمرض العليل وهو مستلق على ظهره بقدر الامكان لكى يتجه الضغط نحو الفتحة والمعتاد أن يجد الانسان ، فى أثناء التضميد ، ان تجويف الخراج قد زال تماماً ، وأنهُ قد تحول الى قرحة روحاء[1] تلتحم فى عشرة أيام أو أسبوعين ولا يتخلف عن الخراج الذي يعالج

(١) روحاء أى قريبة القاع

بهذه الطريقة ناصور ، دفعة فى كل عشرين حالة . ولقد عالجت أخرجة وركية مستقيمية كبيرة جداً يحتوى تجويف الخراج منها على نحو نصف لتر وكانت تلتحم بغير أن يتخلف عنها ناصور

ومزايا هذه الطريقة هى :

(١) ان العملية بسيطة جداً

(٢) أنها غير مؤلمة متى فتح الخراج

(٣) ان الالتحام سريع جداً لا يتخلف عنهُ ناصور

وقد يزعم الانسان أن هذه الطريقة يتخلف عنها التحام ردئ جداً ؛ وهو زعم غير صحيح ؛ لأن الالتحام يكون مسطحاً جداً وصغيراً بدرجة مدهشة

ومن الضرورى أن تكون الفتحة كبيرة جداً ، ولتعلم أنى ما ترددت فى استئصال نحو القيراطين المربعين من الجلد فى بعض الأحوال »

ويقول لوكهارت ممرى بعد ذلك :

« وقد استعملت هذه الطريقة لعلاج الأخرجة فى مواضع أخرى من الجسم بنتائج مرضية . ولم أعد أستعمل أنابيب التصفية الا حيث لا يسمح التشريح باستئصال جزء كبير من الجدار الخارجي للخراج

ويصح أن أقول إنى عالجت خراجاً فى الثدى بهذه الطريقة . وكان الخراج عظيماً فاستأصلت جزءاً عظيماً من الجلد ، ولم أضع أنابيب تصفية . وقد التحم الجرح فى أسبوعين أو أكثر قليلاً التحاماً حسناً بغير أن يتخلف عنهُ ما يسمى الخراج المتبقى وبغير أن يكون التضميد مؤلماً »

الفصل الرابع والعشرون

البـــــتر

فى الشؤون البشرية التى لم تتغير ظروفها الضرورية بتغير الوقت لا بد أن يسترشد الانسان فى علاجها بالعادات والتقاليد ، أما اذا تغيرت الظروف الضرورية ، كما تغيرت ظروف الجراحة ، فلا بد أن تترك هذه العادات والتقاليد جانباً ليحل مكانها غيرها مما يتفق والزمن . وانى أرانى بحاجة الى ذكر هذه المقدمة لأنى لا أزال أرى كثيراً من الآراء التى وجدت قبل زمن المخدرات والمطهرات ينشر فى كتب الجراحة الحديثة ينشرها المؤلف الحديث عن المؤلف القديم ، وهكذا دواليك ، بغير ملاحظة ما أكل عليه الدهر وشرب . فلا يزال الجراحون يذكرون طرقاً لبتر الأطراف ، من أهم مزاياها تلك الرشاقة التى يستطيع الجراح أن يستأصل بها الطرف ، أو تلك السهوله التى يتقى بها الجراح العفونة المستقبلة التى كان لا مندوحة عنها

فنقدك بتر القدم بطريقة شوبارت [1] أو بطريقة فارابوف [2] عبث كضربك الهواء أو نقشك فى الماء . وخير لي ، من ذكر الأغلاط الشائعة فى هذه العمليات الجراحية ، أن أقول شيئاً موجزاً فى الأحوال العصرية التى يجب أن يلاحظها الجراح فى عمله . فذلك أفضل من عد عيوب الطرق القديمة التى أفناها القدم فلا هى صالحة يعمل بها الآن ولا هى دائرة فتنسى

أصول البتر

بتر الطرف المئوف

إن بترك الطرف السليم وتركك الطرف المئوف من أكبر الأغلاط التى لا تغتفر . وهى غلطة عملت وقد تعمل . فليس من النادر أن يحضر الى المستشفى مصاب بهرس فى رجليه مثلاً تحتاج احداهما الى البتر ، وليس بعيداً إذا كان الجراح ومساعدوه قد أعياهم التعب أن يستأصلوا الساق التى لا تحتاج الى البتر

---

(١) Chopart's · (٢) Farabœuf's.

و يحكى أن جراحًا من صفوة الجراحين المشهورين قد بتر الساق التى لا تحتاج الى بتر ، وكان هذا مما دعاه الى طلب موافقة المصاب على بتر الساق الأخرى وكان بها كسر مضاعف شديد . فلم يقبل المريض . وكان على الحق فى عدم قبوله ؛ لأنه شفى بساق نافعة

وقد تعمل هذه الغلطة فى اصابات اليد ، اذ يحتمل أن يبتر الجراح أصبعًا غير التى يريد بترها

البتر فى اثناء الصدمة الأولية

إن بترك الطرف لاصابته باصابة شديدة ولما تذهب الصدمة الأولية لما يزيد فى الطين بلة و يعرض المصاب لخطر عظيم . وأول ما يعمل ، فى مثل هذه الأحوال ، هو العمل على انعاش المصاب وارجاع الحياة اليه وقد كاد ينقطع به أسبابها

وكثيراً ما كنا نسمع أن المصاب قد أرسل تواً الى غرفة العمليات ، على أثر وصوله الى المستشفى . و إنه و إن تكن هذه العادة قد أخذت تتلاشى إلا أن من الضرورى تحذير الجراح من الركون اليها واجراء العملية فى زمن الصدمة الأولية

اتقاء النزف

لا أرانى بحاجة الى التنبيه الى ضرورة اتقاء النزف فى اثناء العملية لولا ما يرى احيانًا بعد قطع الأنسجة من أن الرباط الضاغط غير ضاغط ضغطًا كافيًا لوقف النزف من الشرايين . ولعلنا فى حاجة إلى رباط ضاغط يوضح للعين مقدار الضغط على الأنسجة فى أى وقت معين . أما الآن فلا حيلة لنا إلاّ استعمال ضغط اكثر من الضرورى مسترشدين بذلك بخبرتنا

أما الجراح الذى يهمل الرباط الضاغط و يستعين ، لوقف النزف ، بالضغط باصبع المساعد فطائش متهور لأن عمل المساعد يكون ، وقتئذ ، متعبًا غير سهل وقد لا يستطيع التحكم فى الشريان بالضغط لكثرة تداول الطرف فى اثناء البتر . ولقد شاهد بعضهم أحد الجراحين ، ممن يعتمد على هذه الطريقة لوقف النزف ، وقد وقع فى حيرة

وارتباك لعدم استطاعته ضبط الأوعية القصبية النازفة ، وهو يبتر النصف السفلى من الساق . وكنت ترى الدم وهو يثج من الأوعية ، مع كل حركة فى الساق ، لانزلاق أصبع المساعد التعب الذى كان يضغط الشريان الفخذى . ولعل أقل ما يحدث ، فى مثل هذه الحالة ، اضطراب الجراح وحيرته ، وفقد المصاب مقداراً عظيماً من الدم ، وضياع الثقة ما بين الجراح ومساعديه

ويحسن قبل ان أختم الكلام فى هذا الموضوع ، أن أذكر الجراح بضرورة ارخاء الضغط قبل خياطة الشرائح . فكثيراً ما ينسى الجراح هذه الدقيقة ، فى هذه الدقيقة ، فيحدث النزف من وعاء لم يلاحظ ولم يضبط ، ويتكون تجمع دموى أسفل الشرائح مما يعوق الالتحام

كيف تعمل الشرائح

كان المعتاد ، فى الأيام السالفة ، إذا كانت العفونة منتشرة فى العمليات الجراحية أن تعمل شرائح كبيرة « لتغطية العظام جيداً » وأن يتنحى الجراح عن « الشرائح الرقيقة ضعيفة الغذاء » الى غير ذلك من الجمل التى لا محل لها الآن ، فى هذا العصر ، إلا على رفوف المكاتب

ولا يستحسن الجراحون ، الآن ، مواراة طرف العظم فى كتلة من المنسوج الالتحامى . وليست تتغنغر الشرائح لأنها رقيقة فحسب ، لكن ، مما لا شك فيه ، أن الشريحة الرقيقة أكثر تأثراً بالربط الغشيم من الشريحة الغليظة . وهذا مما يجب اتقاؤه ولتعلم أن الغذاء الدموى للجلد والمنسوج الخلوى تحتــه مستقل عن الغذاء الدموى للصفاق الغائر والعضلات ؛ وعلى ذلك ليست تنفع محافظتك على أجزاء من الصفاق الغائر والعضلات لصيانة الغذاء الدموى للشريحة الجلدية. هذا إلى أن فرائص العضلات التى يتركها الجراح فى الشرائح الجلدية لتغطية طرف العظم واخفائه تتحول ، مع الزمن الى منسوج التحامى ، لا يتحمل الضغط ، ويحدث الألم ، ويتقرح سريعاً

ومن الأغراض التى يجب أن يقصد اليها الجراح تقليل ما يمكن أن يتخلف من

المنسوج الالتحامى بقدر ما يمكن . ولهذا يلزم أن تشتمل الشريحة على الجلد والصفاق السطحي فقط

أما طريقة عمل هذه الشرائح الجلدية فكثيراً ما يكون الجرّاح مقيداً فى تكوينها بما قد يكون عنده من الجلد . فان لم يكن مقيداً فعليه عملها بحيث تكون أثرة الالتحام بعيدة عن الضغط . فلا يصح ، مثلاً ، وأنت تعمل شريحة لعص يتلقى ثقلاً عظيماً ، أن تكون أثرة الالتحام على طرف العظم ، وكذلك ، لا يستحسن ، فى بتر الساق أو الفخذ ، أن تكون أثرة الالتحام فى الجهة المقدمة ؛ لأن العص سيلامس الساق الصناعية ، فى هذا الموضع ، كلما خطا المبتور خطوة الى الأمام

ولتعلم أن الشريحة الجلدية كثيراً ما تحتمل الضغط ، وان المريض يمكنه أن يرتكز بسهولة ، على البتر بطريقة سايم[1] ، أو البتر خلال مفصل الركبة ، أو أعلاها قليلاً ، وليس سبب هذا التحمل ان الشرائح من جلد وقاح متعود الضغط ؛ بل لأن الشرائح ، فى جميع هذه الأحوال ، لا تشتمل الا على الجلد والصفاق السطحى ، ولأن العظم اذا قطع ، فقطعه خلال المنسوج الأسفنجي

وكثيراً ما دهشت من براعة الأستاذ سايم لابتداعه البتر الذى تشرف باسمه منذ زمن طويل ؛ لأن العملية تستغرق وقتاً طويلاً ، ولا بد أنها كانت مؤلمة جداً ، لا سيما ذلك بغير تخدير . فمن الأسف العظيم أن تحمل هذه العملية اسم هذا الجرّاح العظيم . فقد تداعت الأصول التى عليها بنيت هذه العملية . فجرّاح الوقت الحاضر لو أضطر الى بتر القدم وكان له أن يختار إما البتر بطريقة سايم وإما البتر فى متوسط الساق لفضل العملية الأخيرة اذا لم يستطع ، لسبب ما ، ان يحصل على شريحة مناسبة للعقب . ومتى استطاع الجرّاح أن يحصل على عص وقاح على الثقل فليس يهم كثيراً من أى موضع كان الجلد . والشريحة التى تؤخذ من ظهر القدم ، أو من أحد جانبيه كالشريحة التى تؤخذ من العقب ، غذاء ووظيفة

وعلى الانسان أن يقابل بين نتائج البتر فى كلا الموضعين للتحقق مما يحدث من الضرر بتناسى هذه القاعدة الجراحية

---

(١) Syme.

قطع العضلة

لتقليل ما يمكن أن يتخلف من المنسوج الالتحامى ، لا بد من قطع العضلات قطعاً عمودياً ، وعلى الجرّاح أن يجتاح هذه العضلات بلفة بالسكين ؛ فقطعه العضلات بهذا الشكل مما يقلل المنسوج الالتحامى فى العص و يسهّل على الجرّاح ضبط الأوعية النازفة وتقصير الأعصاب

نشر العظم

يفضل بعض الجرّاحين عمل كم من السمحاق ورده الى الأعلى قبل قطع السمحاق . وأرى أن هذه غلطة لأن من الضرورى أن تقصد الى قطع العظم قطعاً برفق ولين لكى يكون طرفه ناعماً بقدر الامكان . واذا تركنا كمّاً من السمحاق الذى يكوّن العظم لا يبعد أن يكوّن أشواكاً وزوائد . والرأى عندى أن يقطع السمحاق ، خلال الخط الذى يقطع فيه العظم ، وان تقطع ، بالمقراض كل زائدة سمحاقية ، حتى يتساوى العظم والسمحاق . ولهذا الغرض يلزم استئصال كل الزوائد العظمية وكذلك يلزم تنظيف السطح المبتور من الذرات العظمية مسحاً بالأسفنج أو غسلاً بالمحلول . وفى البتر خلال الفخذ كثيراً ما يكون القطع فى العظم غير منتظم عند الخط الأبيض ، وهذا مما يستلزم عناية تامة لكيلا تترك زوائد عظميــة . أما قطع عظم القصبة بالمنشار فيستلزم غالباً اعادة قطع الظنبوب [1] بالمنشار أيضاً . ويوصى القوم ، لأسباب مختلفة أخرى ، بنشر عظم الشظية فى مستو أعلى من المستوى الذى نشر فيه عظم القصبة

ولا أرانى بحاجة الى التنبيه الى ضرورة قطع العظم فى مستو يكون عمودياً على جسمه أما فى العص الذى يتحمل الثقل فالقطع يكون عمودياً على خط الضغط .

علاج الأوعية والأعصاب

أما أعيان الشرايين فالجرّاح على دراية عظيمة من موضعها فلا يحتاج الى كثير من العناء لضبطها . وأكثر ما تكون المضايقة من الفروع العضلية للشرايين ؛ ولكل

---

(١) الظنبوب بالضم حرف عظم الساق من قدام

عضلة كبيرة تقريباً فرع رئيسى يمكن العثور عليه وضبطه . أما سائر الشرايين التى تغذى العضلات فقليلة الشأن

ومما هو جدير بالذكر الحصول على كل عصب قطع ، ثم سحبه مسافة قيراط تقريباً من سطح البتر ، وقطع الجزء المسحوب بالمقراض ، بعد ضغطه بالجفت . والحكمة من هذا الضغط ختم الغمد لمنع تكوين بصلة عصبية فى نهاية العصب . واياك أن تنسى ، وأنت تقطع الأعصاب ، بهذه الطريقة ، أن تعالج الأعصاب الجلدية كالعصب الوركى الصغير ، والعصب الصافن الطويل . ومن السهل العثور عليهما ، وهما يسيران والأوعية المرافقة لها

اختيار موضع قطع العظم

لعلاج هذا الموضوع لابد من تقسيمه قسمين بحسب عمر المريض أتجاوز النمو أم لا

المراهقة

للجهاز الذى ينوى أن يستعمله المريض بعد البتر شأن عظيم ؛ أهو ينوى أن يستعمل ساقاً صناعية أم ساقاً خشبية ؟ فمن الخطأ عمل الجراح البتر لجميع المرضى على السواء كأنهم من طبقة واحدة

فخير للفلاح ، مثلاً ، أن يلبس ساقاً خشبية ؛ ولو استطاع أن يلبس ساقاً صناعية ؛ فهى أنسب كثيراً لعمله من الأخرى . وفى مثل هذا الفلاح يجب أن يكون الغرض من البتر الحصول على عص يتلقى الثقل . لذلك ترانى ممن لا يسخرون من عمل البتر فى « موضع الاختيار » فالعملية ، فى هذا الموضع ، على اعتقادى ، تبررها ظروف قد تكون أقل وضوحاً للجراح المقيم فى المدينة منهـا لزميله فى الأرياف وكذلك يحسن البتر خلال مفصل الركبة ، أو خلال الجزء السفلى من الفخذ للحصول على عص يتحمل الثقل ، ولعل ذلك خير من البتر فى منتصف الفخذ لسد مطالب الساق الصناعية التى قد لا يستعملها المريض طول حياته

فاذا كانت حالة المريض مما لا تسمح له الاَّ باستعمال الساق الخشبية بقية حياته فلا بد من الحصول له على عص يتلقى الثقل ، وليتجاهل الجراح تلك القواعد التى وضعتها مصانع السوق الصناعية ، وأعلنتها فى أثناء الحرب الكبرى

أما العص الذى يتحمل الثقل فهو المتخلف عن البتر فى المواضع الآتية : الجزء السفلى من عظمى القصبة والشظية (سايم) ، وأسفل الركبة بمقدار عرض الكف (موضع الاختيار) ومفصل الركبة ، والجزء السفلى من الفخذ

أما اذا كان المريض من أرباب الحرف والصناعات فالساق الخشبية لا تنفعه مطلقًا ولا يمكنه أن يقوم بكل عمله . ولذلك يلزم أن تهيء له عصًا يسد مطالب الطرف الصناعى ، واليك بعض التفاصيل :

فليس ينفع عمل البتر خلال عظم القصبة ان لم يترك جزء من العظم يكفى لتحريك مفصل الركبة للساق الصناعية — أى يلزم أن يترك نحو أربعة قراريط . فاذا لم يتيسر للجراح أن يترك هذا الجزء من القصبة فليس هناك فائدة من عمل البتر أدنى من منتصف الفخذ

ويود صانع السوق الصناعيـــة أن يعمل البتر فى الجزء السفلى من عظمى القصبة والشظية (سايم) ، والثلث المتوسط لعظم القصبة ، والثلث المتوسط لعظم الفخذ . أما البتر خلال الركبة أو خلال الجزء السفلى من عظم الفخذ فلا يصلح للسوق الصناعية لأنه لا يمكن تجهيزها بمفصل متين للركبة ، كما لا يمكن تجهيزها بحق يلتئم فيه العص تمامًا وعلى ذلك يفضل صانع السوق الصناعية أن يعمل البتر خلال جسم عظم القصبة أو عظم الفخذ اذا كان البتر سيعمل أعلى مستوى الجزء السفلى من عظم القصبة أو عظم الفخذ

ولتعلم أن العص العظمى اذا كان من المنسوج الاسفنجي يتحمل الضغط بينما ان العظم اذا قطع خلال جسمه لا يتحمل العص ثقل الجسم الاَّ اذا عملت شريحة مكوّنة للعظام . ومن السهل فى أثناء البتر خلال جسم عظم القصبة أن يرفع الجراح بازميل عريض شريحة عظمية سمحاقية رقيقة من السطح المفرطح لعظم القصبة وأن يثنى هذه الشريحة على طرف العظمين ، وأن يخيط هذه الشريحة بغرزتين من الكاتجت وهو عمل لا يحتاج الى كثير من الوقت ، الى أنه يهيئ للمريض عصا يتحمل الثقل

ولست تستطيع ، لسوء الحظ ، أن تخرج صانع السوق الصناعية عن عادته ليعمل لك ساقاً لمثل هذا العص . والذى يعمله ، كما رأيت كثيراً ، رغم تعليماتى واحتجاجاتى هو ساق ترتكز على ورك المريض وتترك العص اللطيف الذى يقوى على تحمل الثقل يتدلى بغير عمل فى حق السوق الصناعية . وهذا العص لا يصح أن يعامل بهذه المعاملة. ولذلك عدل الجراحون الذين كانوا يعملون البتر بهذه الطريقة حتى يتيسر للمصانع عمل سوق صناعية مناسبة . والى أن تتيسر هذه السوق الصناعية فمن الخطأ عمل هذه الشرائح العظمية السمحاقية

أما عمليات البتر فى القدم فيمكن استئصال أى جزء منها فى مقدم المفصل الرسغى المشطى . ولتعلم أن البتر بطريقة هاى[1] أو ما يماثلها يترك عصا نافعًا ، وأن لا فائدة من البتر بطريقة شو بارت، أو البتر أسفل العظم القنزعى حيث تقطع العظام بين الخط الرسغى المشطى والجزء السفلى من عظام القصبة والشظية ؛ و بعبارة أخرى اذا لم يمكن عمل البتر بطريقة هاى فالأحسن عمل البتر بطريقة سايم[2]

أما فى الطرف العلوي فالقاعدة المحافظة على الأنسجة بقدر الامكان . ولا يخرج الجراح عن هذه القاعدة إلاَّ اذا كان المرض مصحوبًا بانكيلوز فى المفصل الكعبرى الزندى السفلى . ففى مثل هذه الحالة يحسن قطع العظمين أعلى المفصل ، وذلك للمحافظة على قوة البطح والكب . ولتعلم أن من العبث ترك ساعد قصيرة لأنها لا تقوى على تحريك الأجهزة الصناعيـة ، ولذلك تكون قليلة الفائدة ؛ بينما ان طرف عظم العضد المعقد فى البتر خلال مفصل المرفق أو أعلاه مباشرة لا يصلح للإحكام فى حق الساعد الصناعية

وهناك شيء من الوهم بشأن بتر الأصبع خلال المفصل السلامى الأول ؛ إذ يقول بعضهم بعدم فائدة البتر خلال هذا المفصل مستنداً على أن أوتار العضلات القابضة والباسطة لا تدّغم فى السلامية الأولى . و ينصح بعضهم ، عند ارادة البتر خلال هذا المفصل ، أن تخيط الاوتار القابضة والباسطة فى هذه السلامية . وكلا الرأيين خطأ . فانبساط السلامية الأولى على العظم المشطى انما يقوم بشُرْحة من العضلة الباسطة المشتركة

---

(١) Hey. (٢) Syme.

للأصابع تذهب للأصبع . فلا بد من المحافظة على ادغام هذه الشرحة . أما اثناء هذا المفصل فيتم بالعضلات الدودية والتى بين عظام الأصابع مما يدّغم فى السلاميات الأولى وتمدد الوتر الباسط . أما قسائم العضلة القابضة الغائرة والعضلة القابضة المشتركة للأصابع فلا علاقة لها بالمفصل المشطى السلامى ، فاذا خيط الجراح أوتارها على طرف السلامية الأولى كانت سبباً فى عوق الحركات بدلاً من تنشيطها لأسباب ليس من الضروري التعليق عليها

الطفولة

فان كان البتر فى مريض أو مصاب لا يزال فى دور النمو فعلى الجراح النظر فى مسائل جديدة . عليه النظر فى تأثير النمو عامة وفى العص خاصة . واياك أن تعمل ، أيها الجراح، بتراً خلال جسم العظم فى طفل . وان اضطررت الى ذلك فلتكن الشريحة سمحاقية عظمية ؛ لأنك اذا لم تترك عصا يتحمل الثقل والضغط فانهُ يضمر ، و يذبل ، و يصير عديم الفائدة

ولا يعترض صانع السوق الصناعية على البتر خلال مفصل الركبة ، اذا كانت العملية فى طفل ، لأنه وان كبرت فخذه مع نموه إلاَّ أنها تبقى أقصر من الفخــذ الأخرى مما يسمح بتركيب مفصل ركبة ، وضمور لقمتى عظم الفخذ يساعد على إحكام حق الساق الصناعية

البتر الأولى والثانوى

للآن لم ننظر فى مسألة البتر إلاّ من وجهة الجراحة الطاهرة . على أن هناك أحوالاً، فى السلم وفى الحرب ، لا يمكن الجرَّاح أن يتوقع فيها التحاماً بالقصد الأول . فليعمل البتر الأولى ، فى هذه الأحوال ؛ اذا سمحت الظروف ، فى موضع أدنى ، على أن يعمل البتر الثانوى فى المستوى المطلوب بعد . فقد يعمل ، مثلاً ، البتر الأولى ، خلال الجزء السفلى من عظم القصبة ، ارادة عمل البتر الثانوى ، بعد ذلك اذ تزول العفونة ، خلال منتصف العظم

فاذا لم يتيسر لك عمل البتر ، بهذه الطريقة ، فحسبك ترك الشرائح مفتوحة ارادة

خياطتها فى المستقبل . ووقتئذ يلزم عمل الشرائح طويلة ؛ لأنها تنكمش كثيراً . وفى حالة البتر بطريقة سايم التى تفضل عن البتر أعلى قليلاً بسبب النتائج الحميدة فى وظيفة العضو يمكن اتقاء انكماش الشريحة بنشر عظم العقب وترك حدبته فى شريحة العقب حتى يعمل البتر الثانوى

علاج العص بعد العملية

من المهم التبكير بتدليك العص وتحريكه لمنع التصاق الأنسجة الرخوة بالجزء المقطوع من العظم ؛ ولمنع الانكيلوز ، وانقباض المفصل الذى يكون أعلى البتر مباشرة بالانقباض العضلى . واتقاء هذه المضاعفات أسهل من علاجها

العص الضامر المؤلم

قد مر بك ما يلزم من تقصير الأعصاب لاتقاء المضاضة فى العص ، وما يلزم من قطع الزوائد السمحاقية ، ومسح الذرات العظمية . واذا تركنا ذلك جانباً فليس نادراً أن يشاهد الجرّاح العص البارد ، المتقرح ، الذى تكون فيه مضاضة . وهذه المضاعفات تنشأ عن أسباب كثيرة منها : زيادة المنسوج الالتحامى فى العص ، مما يعقب التقيح ، وعدم اتقان عمل الشرائح ، وتضمين العضلات فيها . ولتعلم أن « مواراة العظم أو تغطيته جيداً بالعضلات » من أهم عوامل زيادة المنسوج الالتحامى ؛ إلاّ أن يكون لهذه المواراة سبب خاص كالاصابة بالتصقيع والاضطراب الوعائى أو الغذائى

ولهذا السبب يلزم نشر عظم القصبة فى المنتصف ، لا فى الجزء السفلى ، فى أحوال البتر الاعتيادية . والعص القصير ، اذا كان من الطول بحيث يكفى للقيام بعمل المخل أو العتلة ، قد يحرك العضو الصناعى كالعص الطويل الذى يمكن أن يحسب طرفه زائدة ضامرة بغير فائدة . وكلما زاد نشاط العص زادت تغذيته . ولهذا السبب ترى العص المكلف بحمل بعض ثقل المريض أوكله أقوى وأصح من العص الذى لا يقوم الاّ بنقل الحركات للعضو الصناعى

ومن الخطأ قطعك على البصلة العصبية مباشرة ارادة تشريحها واستئصالها فى أحوال العص المؤلم . والصواب أن تستأصل جزءاً من كل عصب مصاب أعلى نهايته . فاذا كان العص ناشئًا عن البتر خلال منتصف العضد فالوجه أن تصل الى الاعصاب المصابة خلال الابط

الفصل الخامس والعشرون

الكسور

اعتاد أحد اساتذة الجراحة أن يقول لطلبة الطب وهو يلقى عليهم الدروس الجراحية « قد تزعمون ، أيها السادة ، أن العظم الطويل فى باطنه ما يسمى النِقى أو مخ العظم ؛ فلا تصدقوا . فالعظم الطويل فى تجويفه النخاعى سائل اسود من نكران الجميل وجحود المعروف ، يسيل منه اذ انكسر »

واعتاد جراح آخر أن يقول لطلبته : « قد يذهب أحدكم الى الريف ليبتدىء عمله فى صناعة الطب . ولا يبعد أن يقع جار له على السلم ، فتنكسر ساقه . وقد يستدعى الطبيب الجديد لعلاجه . ولا يكون جزاء الطبيب من المصاب إلا انصراف الأخير بكل همته ، فى سائر أيامه ، الى عرض ساقه العاجزة أو المشوهة على الناس ، والتمادى فى النيل من الطبيب ، وتجريحه لأنه لم يستطع أن يجبر كسره تمامًا فلا يرى له أثر . فاذا عركَ الدهرُ الطبيب ، وحنكتهُ الأيام ، واستفاد من التجارب والحوادث تنحى عن علاج كسور العظام وتركها لمنافسيه من الأطباء »

فهلا ترى معى ، أيها القارىء ما يرمى اليه كلا الجراحين العظيمين ؟ إنهما يريدان أن يقولا لك قولاً لينًا ، أنت فى حاجة شديدة اليه . فكم من جراح قد ضاعت شهرته وكم من مصاب قد تخلف عنده تشوه ، أو قصر ، أو عطل فى وظيفة العضو من الفشل فى علاج الكسر علاجًا قويمًا خاليًا من الأغلاط

والأغلاط الشائعة قسمان : منها ما يكون فى التشخيص ، ومنها ما يكون فى العلاج

أغلاط التشخيص

تجاوز الكسر

ليس يستطيع الجراح أن يجيد علاج الكسر إلاَّ اذا أمكنه أن يتعرف الكسر ؛ لأن من السهل أن يتجاوزه فلا يدركه . وكثيراً ما يرى الانسان كسوراً قد فاتت على المعالجين وقد يكون لهم بعض العذر فى بعض الأحوال ، وقد يكون عدم ادراك الكسر

من الاهمال ، فى أحوال أخرى ، لكن الأغلب أن يكون من عدم الفحص الكامل ؛ كأن يكتفى الجراح ، مثلاً بالفحص عن جزء من الطرف المصاب بدلاً من فحصه عن الطرف كله ، أو كأن يهمل مقابلة الطرف المصاب بالطرف السليم ، أو كأن يهمل المقاس بالمتر ، أو كأن يتغاضى عن الاستعانة بالأشعة وصورها ، أو كأن يتناسى أن العظم قد يكسر بغير أن تتضح علامات الكسر باللمح السريع

ويمكن أن يقال ، على وجه العموم ، إن للغلط طريقين :

فأما الطريق الأول فهو عدم الفحص عن كل الطرف المصاب فحصاً دقيقاً

وأما الطريق الثانى فهو تجاهل وجود الكسر مع عدم التشوه العظيم

فان سار الجراح فى أحد الطريقين أو فى كليهما فقد لا يستعين بالأشعة وصورها وقد لا يتخذ علاجاً جراحياً مناسباً . واليك أمثلة :

سقط صبى فنال مرفقه الأيمن شىء من الأذى . فاستدعى له طبيب رأى الاصابة فوصف لها التكميد بمحلول تحت خلات الرصاص ، وتثبيت الطرف بعلاقة . ولما رأت الأم أن الصبى يصيح من الألم كلما تحركت ساعده أخذته الى المستشفى حيث اتضح أن الصبى مصاب بكسر كامل مستعرض فى عظم العضد

وقد رأى بعضهم حادثة قريبة المشابهة فى سيدة كسر عظم عضدها فاشتكت من ألم فى المرفق . وقد وصف لها طبيبها المعالج التكميد بمحلول تحت خلات الرصاص أيضاً مع التثبيت غير مدرك الكسر . ولو قلت لك إنه لم يطلب من السيدة كشف عضدها للفحص عنها لعرفت مقدار اهماله

وجدير بك أن تعرف أن انعكاس أعراض الكسر الى المفصل أسفله ليس نادراً وأن هذا الانعكاس يشاهد فى كسور عظم الفخذ كما يشاهد فى كسور عظم العضد . فقد رأى أحد الجراحين ، فى استشارة مع الجراح المعالج ، صبياً سقط ، فى أثناء لعب كرة القدم ، فحدث فى مفصل الركبة الأيسر انسكاب عظيم حسبه الجراح المعالج مقر الاصابة كلها . والذى دعاه الى طلب رأى آخر هو ما كان عند المصاب من الألم الشديد . وقد اتضح بالمعاينة ، فى أثناء الاستشارة ، أن الفخذ اليسرى أكبر من الفخذ اليمنى

و بالاختصار وجد فى عظم الفخذ الأيسر كسر منحرف فى متوسطه . وامتلاء مفصل الركبة بالسائل الزلالى ليس نادر الوقوع فى كسور عظم الفخذ ، وان لم يصل الكسر الى المفصل ؛ وقد ينصرف اليه الجراح فيصرفه عن الاصابة الحقيقية

والأغلاط التى ذكرت سببها الأصلى اهمال الجراح أن يفحص عن الطرف المصاب فحصاً كاملاً . لكن ليس يكفى الفحص عن الطرف المصاب فحصاً كاملاً فحسب ؛ بل لا بد من مقابلته بالطرف الآخر لأن ذلك مما يرشد الى تشوه قد لا يدرك . واليك حكاية تبين لك فائدة المقابلة بين الطرفين السليم والمئوف :

سقط رجل قوى البنية ، بصحة جيدة ، على الأرض فرض وركه . ولما وصل الى المستشفى كان فى حالة الصدمة الأولية فقبل . وفحص الجراح المقيم عن الطرف المصاب فحصاً جيداً ، فوجد الرض الذى فى الورك ، ووجد أن حركات المفصل الوركى ، وإن تكن مؤلمة إلاّ أنها طبيعية فى جميع الاتجاهات ، ولم يكن ، هناك ، تشوه . فزعم أن من الممكن للتشخيص استخراج الكسر من جدول الاصابات . و بعد أيام قليله حدث أن رأى المصاب جراح آخر فوجد أن قدمه اليسرى منقلبة الى الخارج قليلاً . وأفضت هذه الملاحظة الى معرفة أن الاصابة هى كسر فى عنق عظم الفخذ الأيسر بقصر .

و يقول هارولد باروز إنه وهو يخدم فى الجيش ، فى مدة الحرب ، بفرنسا ، شاهد حالة قريبة المشابهة بالتى ذكرت

والقاعدة التى يجب أن نسترشد بها فى علاجنا الاصابات هى الاشتباه بوجود كسر حتى يقوم الدليل على عدم وجوده . ولتعلم أن من المهم جداً أن تعرف أهناك كسر فى العظم أم لا ، ولو لم يتأثر العلاج بهذه المعرفة . ولهذا الغرض يلزم الاستعانة بخبير فى الأشعة إذا خامرك شيء من الشك . وهذه الاستعانة بالأشعة ضرورية ، ولو تركنا مسألة العلاج جانباً ، لأن المريض قد يلجأ اليها من نفسه أو بارشاد أحد أصدقائه فاذا اتضح فى الصورة ما يخالف تشخيص الجراح فقد ضاعت ثقة المريض به . فحتم على المعالج ، لمصلحة المريض ، أولاً ، ولمصلحته ، ثانياً ، أن ينصح بعمل صورة متى حدث شك فى سلامة العظم . فاذا لم تسمح الظروف بعملها فعلى الجراح أن يشرح للعليل ضرورتها و يأسف لحرمانه من الاستفادة منها

واليك ملاحظة جديرة بالملاحظة :

يحسن ألاّ يعتمد الجراح فى تقرير حالة العظم على ما يراه فى لوح الأشعة فكثيراً ما يخدع بهذا الشكل وليكن الاعتماد على الصورة المأخوذة بالأشعة . ولا يبعد أن يعرف كل جراح بعض الأغلاط الناشئة عن الاعتماد على لوح الأشعة ، واليك مثلاً :

داس عامل على عرق خشب مقلقل فى صقالة بناء ، وتفاديا من السقوط سقطة شنيعة وثب الى الأرض من علو عشر أقدام تقريباً . فاشتبه الجراح من طبيعة الاصابة وشكلها فى وجود اصابة فى العظم . فأرسل المصاب للأشعة حيث شوهد موضع الاصابة على اللوح ، دفعتين ، وكان التقرير ، فى كل دفعة ، خاليًا من أى اصابة فى العظم . وفى الدفعة الثالثة عملت له صورة بالأشعة فاتضح وجود كسر فى عظم القنزعى

ويمكن ان أتمادى فى ذكر أمثلة أخرى . والذى يستفاد منها أن الفحص باللوح نافع ولا سيما ذلك اذا كان القائم بالأشعة خبيراً ؛ لأنه يستطيع أن يرى الطرف فى اتجاهات مختلفة لكن النفع التام إنمـا يكون بالصورة المأخوذة عقب رؤية الطرف على اللوح

وكما يفوتنا ادراك الكسر اذا اقتصرنا على رؤية الطرف على لوح الأشعة ، فقد يفوتنا ادراكه أيضًا وقد عملت الصورة . واكثر ما يقع ذلك اذا اقتصرنا على تصوير الطرف فى وضع واحد . ولعل كسر الطرف السفلى لعظم الكعبرة المعروف بكسر كولس أحسن مثال لذلك ؛ إذ لا يتضح الكسر فى الصورة المأخوذة ، واليد موضوعة مسطحة على لوح التصوير ، اذا لم يكن هناك زيغ جانبى فى شظايا الكسر

وعلى ذلك يلزم أن تؤخذ صورة الطرف المصاب بالأشعــة فى وضعين مختلفين على الأقل ، وللصور المجسمة (الاستيرسكوبية) فائدة عظيمة

والكسور التى لا تتضح هى التى تكون فى المنسوج الاسفنجى غالبًا . وكذلك قد لا تتضح بعض صدوع جسم العظم الطويل . واليك موجزاً مفصلاً :

الكسور الخرعوبية

يحدث أن الطفل يسقط من سريره ، أو مهده ، أو عربته ، أو من ارتفاع ، فيصدم كتفه ، فتراه وهو يصيح ويبكى . فيستدعى الطبيب ؛ وهذا يفحص عن الطفل فحصاً كاملاً فلا يرى علامة على الاصابة إلاّ تألم الطفل وصياحه كلما حاول تحريك عضديه . فلا الاصابة تتضح، ولا الطفل يستطيع أن يعين موضع ألمه . وليحذر الطبيب ، وقتئذ من أن يقول لذويه أن الطفل سليم . وليقل لهم إن الاصابة بترقوته ؛ وليربط العضد بجانب الصدر . ولا يبعد أن يظهر ورم، بعد بضعة أيام ، فى الثلث المتوسط من الترقوة، دالاً على كسر خرعوبى فيها . وليس من المهم للطفل أن يعرف أعنده كسر فى العظم أم لا ؛ لكن المهم أن يعرف ذلك الطبيب ويقوله الطبيب لذوى الطفل

وهناك كسر خرعوبى يحدث فى عنق عظم الفخذ ، ومن الصعب تشخيصه أولاً ، ويمكن ، على الأقل ، أن يحسب هكذا لأغراض العلاج . واليك مثالا : صبى نالته اصابة فى أحد وركيه ، ولم تظهر الاصابة شديدة . وبالفحص عنه لم يتضح مايدل على أن به اصابة شديدة سوى ألم متوسط عند تحريك الفخذ . فكان التشخيص رض الورك ، وسمح له طبيبه بالمشى . وبعد قليل زاد عرجه وهو يمشى . وبعد بضعة أسابيع ذهب لطبيبه ، ولشد ما دهش اذ وجد أن الطرف المصاب أقصر من صنوه بنحو قيراط ونصف . ذلك لأن عنق عظم الفخذ قد نآء به ثقل الجسم ، وتكوّن المرض فى المفصل الفخذى الوركى مما يستدعى اعوجاجاً فى العمود الفقارى أو يلبس حذاء مرتفعة مدة حياته

وهذه الحكاية مما يبين لك ضرورة الحذر فى مثلها ، ولو لم يتضح الكسر بالفحص عنه بالأشعة وصورتها ، وأكثر ما يكون الحذر ضرورياً فى الأطفال وهم فى دور النمو

الكسور تحت السمحاق

يدل اسم هذه الكسور عليها . فهى كسور فى العظام بغير تمزق فى السمحاق تمزقاً كافياً يسمح بزيغ شظايا الكسر . وقد رأى أحد الجراحين حوادث كثيرة من هذا

النوع ، وتتضمن صدوعاً فى جسم عظم العضد والفخذ ، وكلها قد فاتت على الجراح فلم يدركها . ويقول الجراح نفسه، إنه كان يعالج ، قريباً ، كسراً مستعرضاً تحت السمحاق فى عظم الكعبرة ، وكسراً آخر فى النتوء المرفقى. وقد رأى أيضاً كسراً تحت السمحاق فى عنق عظم الفخذ قد فات على جراح مشهور ولما عرف بوجود الكسر قال إنه فى حاجة الى صورة متقنة بالأشعة ليقتنع . وقد وضحت الصورة الكسر فعلاً

ويروى أن معلماً رقيقاً نحيف القوام حاول أن يصعد على احدى عربات الترام وهى سائرة . فانزلقت قدمه وسقط على الأرض ، وكانت الصدمة على قسم المدور العظيم. ولم يظهر بالفحص شيء من الرض ، أو القصر ، أو التشوه، أو أى علامة أخرى على الكسر . وأمكن الجراح أن يحرك الفخذ تحريكاً كاملاً ؛ وقد كانت الحركات مصحوبة بألم شديد . ودل تقرير الأشعة على عدم وجود كسر . وبعد عشرة أيام كان لا يزال المصاب يتألم فحسب أنه عصبى المزاج وأنه يبالغ فى آلامه ، فأرسل الى بيته برباط بشكل ٨ على فخذه ، وطلب منه أن يواظب على المشى بعكاكيز . وبعد زمن طويل عاد الى المستشفى وعنده قصر فى الطرف بنحو أربعة قراريط ، واتضح أنه كان مصاباً بكسر فى عنق عظم الفخذ . فكان بخير ما دام السمحاق متماسكاً ، لكن مجهوداته ومحاولته السير والمشى مما أضاع هذا التماسك فتشوه الطرف تشوهاً عظيماً

ومنذ قليل حضرت إلى أحد الجراحين صبية فى عربة . ولم تكن بها جبائر . ودل التاريخ على اصابة منذ أسبوعين ، فى أثناء لعبها خارج البيت . وكان يعالجها طبيب اعتقد أنها مصابة برض ، ونصحها بالمشى . فاذا ماصاحت واستغاثت وهى تحاول المشى حسب صياحها دلعاً . وشوهد عندها ورم فى القصبة فى ملتقى الثلثين المتوسط والسفلى ، وتشوه زاوىّ الشكل خفيف . واتضح من صورة الأشعة أنها مصابة بكسر كامل مستعرض فى عظم القصبة

وقد رأى بعضهم جندياً بمثل هذه الاصابة وكان يظن أنه متمارض فأساء رؤساؤه معاملته حتى اتضح الكسر فى صورة الأشعة

وكثيراً ما يفوت الجراح كسر عظم الرضفة بغير انفصال الشظايا ، اذ يعتبره التهاباً حاداً فى الكيس الزلالى المفصلى

كسر العظام المتوازية

اذا كسر عظم الشظية وحده فعدم وجود التشوه الواضح ، واستطاعة المريض أن يتحمل ثقله على ساقه مما يسهل للطبيب الوقوع فى الخطأ . وكذلك الخطأ فى أحد عظمى الساعد ليس نادر الوقوع

وهناك موضع آخر للزلل ، وذلك حيث ينكسر عظما الساق أو الساعد فى مواضع مختلفة . فكثيراً ما يقع الطبيب غير الحريص فى هذه الغلطة ، ولا سيما اذا اطلع على صورة بالأشعة لم توضح الا كسراً واحداً . ولا تكون النتائج ذات بال . لأن الكسر فى منتصف عظم القصبة التى تكون مع شظية سليمة يمكن علاجه بنتيجة حميدة للمريض وللطبيب بوضع جبيرة للطرف وبابقائها حتى يلتحم الكسر . فاذا حسبنا أن الشظية بها كسر فى الثلث العلوى ، أو بها خلع فى طرفها العلوى كما يحدث كثيراً ، فلا بد من عناية عظيمة للحصول على نتيجة مرضيـــة تستلزم أن تعرف الاصابة التى فى عظم الشظية . فهذه الغلطة — غلطة معرفة أحد الكسرين ، وتجاوز الكسر الآخر ، اذا شملت الاصابة العظمين من الأغلاط التى ينبنى عليها متاعب كثيرة

والكسور التى لا تدرك ، هى كما أسلفنا ، فى الأطراف الأسفنجية للعظام الطويلة والقصيرة .

والكسور التى قد لا تدرك فى الطرف السفلى هى التى تكون فى عنق عظم الفخذ ، ورأس عظم القصبة ، والطرف السفلى من عظم القصبة والشظية ، وعظام رسغ القدم ، وعظام مشط القدم . وكثيراً ما تحسب الكسور التى حول مفصل رسغ القدم أنها وثء ، ولعل مما يساعد على ذلك قدرة المريض على المشى ولو بعرج . والصدوع الطولية والمستعرضة خلال الطرف السفلى لعظم القصبة والشظية ، ولا سيما ذلك خلال الكعبين ، وخاصة اذا لم تكن مصحوبة بزيغ ، كثيراً ما يخطئ فيها من يكتفى بالفحص السطحى من الجراحين . وكذلك كسور عظم القنزعى ، وعظم العقب ، وعظام مشط القدم . والكسور قد تحدث فى العظام الأخيرة عن عنف بسيط قد لا يعتقد الطبيب أنه يحدث

كسراً ، ولقد كان ذلك مما يحدث كثيراً فى أثنـاء الحرب الكبرى ، وكان يسمى بكسور المشى [١] فكنت ترى الجندى ، وهو سائر فى طريقه ، وحامل حملاً ثقيلاً ، يشكو من ألم فى قدمه ، يجعله يتثاقل فى مشيه ، ثم لا يلبث أن يسقط . وبعد حين تؤخذ الصورة بالأشعة فيتضح ، غالبًا ، كسر كامل خلال عنق العظم المشطى الثالث أو الرابع . وكذلك قد تحدث الكسور فى قاعدة العظم المشطى الخامس بغير عنف عظيم . وكذلك قد تحدث كسور غير منتظرة فى السلاميات فى أحوال رض أصابع القدم ، لكنها أقل شأنًا

أما فى الطرف العلوى فالكسور التى لاتدرك قد تحدث فى عظم اللوح ، وفى الطرف العلوى من عظم العضد ، وفى الكسور بالقرب من المرفق ، ورسغ اليد

وقد شاهد بعضهم مريضين كان عندهما صدع مستعرض خلال الحفرة السفلى ، ولم يعرف الكسر ، بل ولم يشتبه فيهما الى أن عملت لهما صور بالأشعة بعناية

والكسور الداخلة أى « المنحشرة » فى الطرف العلوى من العضد ، والكسور التى بالقرب من المرفق قد لا يدركها الجراح ، لكن الخطأ فيهـا ليس متكرراً تكرره فى الاصابات المجاورة لرسغ اليد و«وثء الرسغ». فوثء الرسغ يختفى تحته أغلاط تشخيصية كثيرة ؛ فقد يكون الوثء كسراً فى عظم الكعبرة ، أو فى النتوء الابرى أو الطرف السفلى لعظم الزند ، أو كسراً فى العظم الزورقى ، أو صدعًا فى العظم المشطى

ومن الاصابات التى لا تدرك ، ولا تكتب كثيراً فى جداول التشخيص ، صدوع الجمجمة ، والعمود الفقارى والأضلاع ، والقص ، والحوض . ويروى أحد الجراحين أنه رأى مريضًا مصابًا بكسر كامل خلال جسم الفقرة العنقيـة الرابعة ، وكان هذا المريض يستطيع أن يمشى وظهر كأنه بخير فلم يشتبه فى اصابته بضعة أيام

ومن العبث التطويل فى ذكر هذه الأغلاط . وليس يوجد إلاّ قواعد قليلة من الضرورى ملاحظتها لاتقاء هذه الأغلاط ؛ وقد مرت بك

والملاحظات الآتية تنطبق على العظام السليمة :

---

(١) "Marching" fractures.

ان العظم قد ينكسر لأنه مقر لمرض ، فعلينا أن نقدر ذلك ، وأن نقدر مسؤولية الظروف الحالية ، وأن ننتقى الوسائل العلاجية المناسبة. ان المرشد العظيم لنا هو الخبير بالأشعة ؛ ولا عذر لنا اذا تراخينا فى الاستعانة به؛ فان حدث ما يوجب الملام فلا لوم إلاّ علينا .

علاج الكسور

أغراضنا فى علاج الكسور ثلاثة ، وهى : –

(١) الحصول على التحام متين

(٢) واسترجاع وظيفة العضو

(٣) واتقاء التشوه

وغرضنا ، ههنــا ، الكلام فيما يحول دون الوصول الى هذه الأغراض مع بيان أسباب الفشل

(١) عدم الالتحام والالتحام الضعيف

نقصد بعدم الالتحام عدم وجود رباط عظمى متين بين شظايا الكسر؛ ونقصد بالالتحام الضعيف التحام الكسر التحاماً عظمياً ضعيفاً يعرض العظم للكسر ثانياً . ويمكن أن يقال إن الطبيعة قادرة على جبر العظم المكسور ، فى الشخص السليم ، اذا اقترب طرفا الكسر اقتراباً تاماً ، وبقى الطرفان متقاربين زمناً كافياً . والأسباب الشائعة لعدم الالتحام هى انفصال الطرفين ، وعدم التثبيت الكافى

عدم التثبيت الكافى

اكثر ما يكون هذا السبب فى أجسام العظام الطويلة ويمكن أن يحسب سبباً مساعداً للسبب الأصلى الآخر؛ على أنه قد يكون هو نفسه السبب الأصلى . واليك مثالاً يوضح لك ما أريد :

حدث ، عند جندى ، كسر فى جسم العظم المشطى المتوسط لليد اليمنى ، عن عنف مباشر . ولم يعرف الكسر ساعة حدوثه . وبالرغم من شكواه بالألم ، واحتجاجه كثيراً،

وقوله بعدم القدرة على حمل السلاح والمواظبة على عمله ، بقى فى صفه فى الخط الأول . و بعد قليل ظهر ورم فى اليد ، فأرسل الى القاعدة ، وقد جد القتال، واشتدت الحرب، فلم يلبث إلاّ قليلاً فى مستشفى القاعدة[1] ، ومنه أرسل الى الخيام المضروبة للناقهين . ولما فحص عنه ، بعد الاصابة ببضعة أسابيع، وجد أن الكسر لم يلتحم . فمن المعقول أن ينسب عدم الالتحام الى عدم التثبيت ؛ لأن طرفى الكسر لا يمكن أن يتباعدا ، فى هذه الحالة تباعداً كثيراً ، كما لا يمكن أن يكون العنف المباشر الذى أحدث الكسر قد أرسل شيئاً من الأنسجة الرخوة بين طرفيه

انفصال الطرفين

هذا السبب وحده ، أو مع غيره ، من أكبر العوامل على عدم الالتحام المتين . وقد يكون الانفصال من اعتراض الأنسجة الرخوة بين طرفى الكسر ، أو من تراكبهما من تأثير الانقباض العضلى، أو من عدم تواجه سطحى الكسر كما يحدث فى كسور رأس العضد ؛ إذ يدور الطرف العلوى الى الوحشية ، ويجذب الطرف السفلى الى الأنسية ، أو من تباعد طرفى الكسر من الانقباض العضلى كما يحدث فى كسور عظم الرضفة وعظم النتوء المرفقى

وأرانى بحاجة الى أن أضيف الى هذين السببين — انفصال الطرفين ، وعدم تثبيتهما — سبباً ثالثاً لعدم الالتحام، وهو استعمال جبائر الجبس . ولا شك عندى فى أن هذه الجبائر، فى أيدى الخبيرين ، حميدة النتائج لكنها كثيراً ما شوهدت ، بعد استعمالها ، كسور غير ملتحمة لا يمكن أن ينسب عدم التحامها الى انفصال الطرفين أو الى عدم تثبيتهما . ولا شك عندى أيضاً أن عدم الالتحام لا بد ناشئ عن تغليف الطرف المكسور بجبيرة من الجبس تغليفاً محكماً . ذلك لأن التدليك والنشاط العضلى فى الطرف المصاب مما يساعد على تقوية الالتحام وجبر الكسر بشرط عدم احداث زيغ فى طرفى الكسر أو تحريكهما حركات زائدة بالنسبة . وتغليف الطرف بجبيرة من الجبس يحول دون الاستفادة بالتدليك والنشاط العضلى

(١) Base Hospital.

(٢) التشوه

لتشوه الكسر بعد التحامه سببان ، وهما :—

(١) لين الدشبذ من خطأ فى تقدير قوة مقاومة المجهودات

(٢) سوء الرد . وليس سوء الرد من الجهل بعلم الميكانكيات دائمًا . فقد يكون من عدم استعمال المخدر ؛ لأن الانقباض العضلى كثيراً ما يحول دون ارجاع الطرفين فى مكانهما ، وهذا الانقباض يزول بالتخدير . واذا تركنا الانقباض العضلى جانبًا كان لنا من ألم المصاب ومعرفتنا أننا نهيجه بالرد اكبر عائق يمنعنا من جودة الرد .

وانى أعتقد أن السر فى مشاهدة كثير من كسور كولس بغير رد هو الامتناع عن استعمال التخدير لأنى لا أستطيع أن أفهم كيف يستطيع الجراح أن يفك تداخل طرفى الكسر ويرد الزيغ بغير المخدر

وللتشوهات الدالة على الكسر ثلاثة أنواع :—

(١) القصر الناشئ عن تراكب طرفى الكسر

(٢) والاعوجاج الرحوى

(٣) والتشوه الزاوى ، وقد يكون التشوه من اكثر من نوع

ويحسن اتقاء القصر ، ولا سيما ذلك فى الطرف السفلى ، على أنه ليس يضر ان لم يكن مصحوبًا بتشوه رحوى أو بتشوه زاوى . أما الاعوجاج الرحوى فى الطرف السفلى ، وخروجه عن محوره الطبيعى فمضاعفة جليلة الخطر ؛ لأن الساق تكون عاجزة ؛ لأن مركز الثقل اذا حاول المصاب أن يرتكز على ساقه لا يتفق ، وقتئذ ، ونقط الارتكاز العظمية . ويخيل لى أن لهذا العيب أكبر الشأن فى ضياع الثقة فى صناعة الجراحة

(٣) عطل الوظيفة من الانقباضات ويبس المفاصل

قد لا يسترجع الطرف وظيفته وإن يكن الالتحام متينًا خاليًا من التشوه ، وهى من الحقائق التى تجب معرفتها . فليس نادراً أن يكون التعويض عن الكسر المجبور على استواء بسبب انقباض عضلة أو يبس مفصل

ولنحسب أن ساقاً وضعت فى جهاز من الجبس بضعة أسابيع ، والقدم فى حالة حنف[1] بارتفاع العقب؛ فاذا ما رفعت جهاز الجبس وجدت العظم ملتحماً التحاماً مرضياً جيداً ؛ وأخبرك المريض أنه لا يستطيع أن يمشى وذلك بسبب انقباض العضلة ذات الرأسين انقباضاً لا يمكنه من وضع عقبه على الأرض

وقد يكون من الصعب اتقاء الالتصاقات فى المفصل وحوله فى بعض الكسور مثل كسر بوت . ففى هذا الكسر يرتبك مفصل رسغ القدم فى الاصابة مباشرة ، ويحسن التعجيل بالتدليك وتنشيط الحركات . ولتعلم أن الميل للتشوه الخاص بهذه الاصابة يزيد برفع الجهاز الضابط ولذلك يكون من الضرورى ارجاء التدليك والحركات الى مابعد التصلب الكافى الذى يسمح بفك الجبيرة من وقت لآخر بغير خطر حدوث الزيغ

وكذلك ليس من السهل اتقاء يبس مفصل الركبة فى كسور عظم الفخذ إلاّ بعلاج الكسر إما بالتصفيح وإما بالمد بالملاقط وكلا الطريقين خطر . أما علاج كسور عظم الفخذ بالطرق العادية الشائعة فلا يمكننا من رياضة مفصل الركبة إلاّ بفك الجبيرة لكن يمكننا دفع الرضفة ، من جانب الى جانب ، وعمل تدليك فى العضلات المربعة الفخذية ، من أول الأمر ، وبعد ثلاثة أسابيع ، على الأكثر ، يمكننا أن نحرك مفصل الركبة حركة خفيفة

على ان هناك أحوالاً كثيرة ليس مايمنع فيها من تحريك المفاصل المجاورة للكسر تحريكاً ليناً خفيفاً فى الدور الأول من العلاج . فكثير من الكسور ، ولا سيما التى تنحصر فى الأطراف الاسفنجية للعظـــام الطويلة لا تميل الى الزيغ ثانياً ، بل منها ما لا يحتاج الى جبيرة لحفظ الشظايا فى موضعها الطبيعى بعد ردها مثل كسر كولس فى الطرف السفلى من عظم الكعبرة . ففى مثل هذه الحالة لا توجد صعوبة فى العلاج

ولا بد من التنبيه إلى مسألة عظيمة الشأن ؛ ذلك أن الحركات التى تعمل فى الدور الأول من العلاج لا بد أن تعمل برفق ولين فلا تكون شديدة غير مطلقة . وكذلك لا تكون هذه الحركات دائمة ؛ فبقليل من التدبر تعرف أن حركة قسرية وحدة تحول

---

(١) الحنف هو Club-foot.

بالمفصل فى مجال واسع ، كل أربعـة أيام تقريبًا ، تحول دون يبس المفصل ؛ لأن الالتصاقات لا تحدث فى ليلة . وهذا التنبيه ضرورى ، لأن الكسر اذا وصل إلى مفصل فانه يكون بحاجة الى الراحة طالما كان ملمسه حارًا . فاذا أسرف الجراح فى التحريك ولما يتحسن المفصل فقد يعتريه التهاب عظمى مفصلى يبقى طويلاً

استعمال الملاقط الناشبة(١)

أشرت الى علاج كسر عظم الفخذ بالشد بواسطة الملاقط تخترق الجـلد وتنشب فى العظم . وهى طريقة لها فوائدها . ولها أيضًا مضارها ؛ لأن الغشاء الزلالى المفصلى لمفصل الركبة كبير يغطى سطحًا كبيرًا من الجزء السفلى لعظم الفخذ ، ولا يبعد أن تنشب أظفار الملاقط فى هذا الغشاء وهى تنشب فى العظم فتنقل العدوى من الجلد الى الغشاء . ويروى أحد الجراحين أنه رأى مريضين قد حدث عندهما التهاب مفصلى صديدى فى مفصل الركبة على أثر استعمال هذه الطريقة . وكان المريضان جنديين جريحين . وهل يختلف تركيب جسم الجندى عن غيره ؟ كلا . إذن لا يبعد أن تصادف هذه المضاعفة فى غير الحرب

تصفيح الكسر وخياطته

قد يعالج الكسر بما يسمى بالعلاج العملى لكى يضمن الانسان تثبيت الكسر تثبيتًا تامًا ورجوع وظيفة العضو بأقصر ما يمكن من الوقت ، وهذه الطريقة نشأت على أثر النجاح المستمر فى الجراحة الطاهرة(٢) الحديثة . وكان يعمد اليها ، أولاً فى كسور عظم الرضفة والنتوء المرفقى للزند ، أما الآن فليس ، هنـاك ، ما يدعو الى التنحي عنها فى الأحوال المناسبة ، ولا سيما ذلك اذا قابلنا بين النتائج الباهرة لعلاج الكسور المضاعفة بالعملية و بين نتائج علاج الكسور البسيطة بالتثبيت زمنًا طويلاً . فكثيرًا ما يستحيل رد الكسر ردًا جيدًا بدون عملية ، هذا الى أن ارتشاح الأنسجة الرخوة بالدم يفضى الى

---

(١) الملاقط الناشبة ترجمة Callipers.

(٢) الطاهرة ترجمة Aseptic.

تكوين التصاقات كثيرة ، والى أن التثبيت زمناً طويلاً من شأنه أن يحدث ضموراً فى العضلات ، ويبساً فى المفاصل ، وهذه كلها مما يقلل كثيراً من قيمة العامل بعد كسر فخذه أو ساقه مثلاً بسبب التشوه الدائم ، أولاً ، وبسبب يبس المفاصل ، ثانياً ، وبسبب طول زمن العلاج والنقه الذى يحسب بالأشهر لا بالأسابيع ، ثالثاً . أما اذا عمد الجراح الى الطريقة العملية فرفع الدم المنسكب ، وخلص طرفى العظم المكسور من الأنسجة المعترضة بينهما ، وضم الطرفين بسالك من الفضة أو بلولب أو بمسمار فيكون النقه أقرب ويحفظ العظم طوله ، ويتيسر تدليك العضلات والمفاصل أعلى الكسر وأسفله مما يحول دون الضمور واليبس

أما الأحوال التى تليق للعمليات فتختلف حتماً باختلاف رأى الجراح المعالج فى تبرير العمل ، لكن أغلب الجراحين متفقون على أن العملية ضرورية فى الأحوال الآتية :

(١) كسور العظام الصغيرة أو النتوءات التى لا يتيسر تثبيتها بالأجهزة المختلفة ، والتى يكون التحامها بغير عملية بطيئاً ناقصاً كعظم الرضفة والنتوء المرفقى للزند

(٢) والكسور الواصلة الى المفاصل حيث تزوغ الشظايا كانفصال النتوءات اللقمية من عظم الفخذ أو العضد

(٣) والكسور فى جسم العظام الطويلة التى تكون منحرفة أو حلزونية ، ومصحوبة بتراكب عظيم والتى تكون فيها الأطراف المكسورة حادة داخلة فى الأنسجة العضلية أو غيرها . ففى هذه الأحوال كثيراً ما يصعب رد الكسر رداً جيداً حتى بعد شق الأنسجة ويكاد يكون ردها رداً جيداً مستحيلاً بغير عملية

ومن ذلك يتضح أن العلاج العملى بالشق على الأنسجة المصابة ، وتثبيت الشظايا تثبيتاً قوياً بصفائح معدنيـــة أو مسامير ، أو مناطق قاسية لعلاج الكسر أضمن طريقة لجبره بغير تشوه على أن يكون الجراح صناعاً خبيراً حاذقاً . فمن مزايا هذه الطريقة ، عدا إحكام الشظايا فى موضعها الأصلى ، استعمال جبائر أقل صلابة ، والتبكير بالتدليك والحركات ، واتقاء القروح الناشئة عن استعمال الجبائر زمناً طويلاً . لكن يحول دون شيوع علاج الكسر بالعملية ظروف كثيرة ؛ منها أن يكون الجراح على دراية عظيمة

بهذا النوع من العمل ، كما أسلفنا ، ومنها أنها تقتضى الطهر التام والنظافة بأوسع معناها الجراحي ، ومنها أن الجراح يحتاج الى مساعدين لا يقلون خبرة عنه . ولتعلم أن التلوث خطر حقيقي يجب اتقاؤه

وهناك ظرف آخر أقل شأناً مما ذكر ، وهو احتمال حدوث ألم مستمر عقب عملية تصفيح الكسر . لهذا كان من الضرورى تقييد الجراح الخبير فى علاجه الكسر بهذه الطريقة ، فلا يعالج بها الا الأحوال التى ذكرت

وعلى الجراح أن يعجل بالبت فى الطريقة التى يريد اتباعها فلا يعالج الكسر بالجبائر ، أولاً ، فاذا لم يصل الى نتيجة مرضية لجأ الى العملية . فمن الخطأ أن يسير الجراح بهذا الشكل ؛ لأن من دواعي النجاح فى العلاج العملى للكسر التعجيل بالعملية ولمّا يتكوّن الدشبذ والالتحام

كسور الرضفة

تنكسر الرضفة إما بالمجهود العضلى وإما بعنف واصل ، وتختلف الاصابة باختلاف السبب مما يحتم شرح كل نوع على حدة

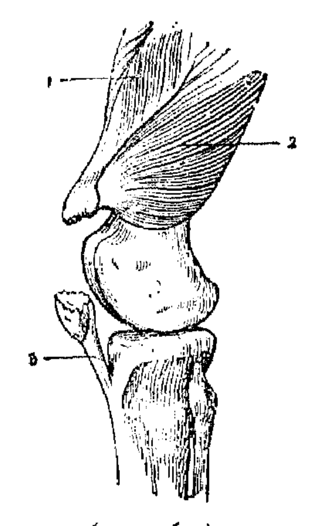
(١) كسور العنف الواصل – قد تخترق العظم فى أى اتجاه ، لكنها تكون غالباً عمودية أو نجمية الشكل ، مصحوبة بتفتت . والمعتاد أن يتألف الكسر من صدوع بدون زيغان بسبب سلامة الصفاق أو محفظة العظم . ويصحب الاصابة قروت شديد تحت الجلد ، وشىء من الانسكاب فى المفصل ؛ ويمكن الشعور بالصدع بالجس بعناية وادراك الخشخشة أحياناً

العلاج – إراحة العضو على جبيرة خلفية ، واستعمال الوضعيات الباردة . ولا بد من التبكير بالحركات القسرية إذا كان الانسكاب الدموى فى المفصل شديداً وقلما نضطر إلى العملية

(٢) كسور المجهود العضلى – تكون دائماً مستعرضة ، وغالباً كاملة ، ويصحبها زيغان عظيم بسبب تمزق الصفاق الليفي

طريقة الكسر — حين انثناء الركبة نصف انثناء ، تعلو الرضفة مقدم لقمتى الفخذ ، وترتكز على منتصف السطح المفصلى : فاذا انقبضت العضلة المربعة الفخذية انقباضاً عنيفاً فجائياً ، والركبة فى هذا الوضع ، كأن يحاول الانسان أن يسترد توازنه وقد زلّ أو زلق ، أخذت الرضفة على غرّة منكسرة . وربما مهّد لهذا الكسر ، فى بعض الأشخاص ضعف سابق لأنه ليس من النادر أن يشاهد الانسان انكسار الرضفة الأخرى بعد الأولى بزمن . وقد يقسم الكسر العظم قسمين متساويين (شكل ٤) ، لكن الأغلب أن تكون الشظية السفلى أصغر . وقد تنكسر احدى الشظيتين كسراً عمودياً أو تفتتياً

العلامات — هى فقد القوة ، والألم ، وامتلاء المفصل بالدم ، وانفصال الشظايا كما يدرك بالجس (شكل ٥) . وهذا الانفصال ناشىء عن التأثير العضلى غير المقاوم ، ويصحبه دائماً تمزق فى الاستطالات الجانبية للعضلات المتسعة وقلما يتم الالتحام العظمى بدون عملية بسبب انفصال الشظايا ، وتوسط قطع الصفاق الليفى أو المحفظة التى تتمزق فى مستوٍ يختلف عن مستوى الكسر ، والمعتاد أن يحدث الالتحام الليفى ، ولا بأس به لو كان قصيراً متيناً ، ولكنه يطول مع استعمال المفصل ، فتنفصل الشظيتان



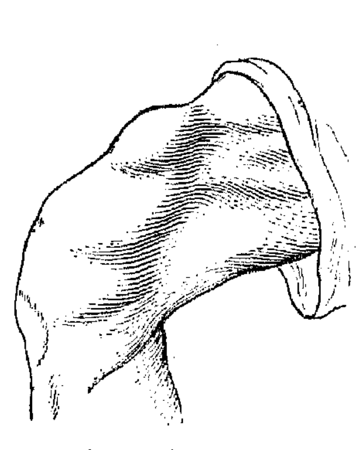
(شكل ٤)

كسر عظم الرضفة مصحوب بانفصال الشظيتين

1 — العضلة المستقيمة

2 — العضلة المتسعة الوحشية

3 — الرباط الرضفى



(شكل ٥)

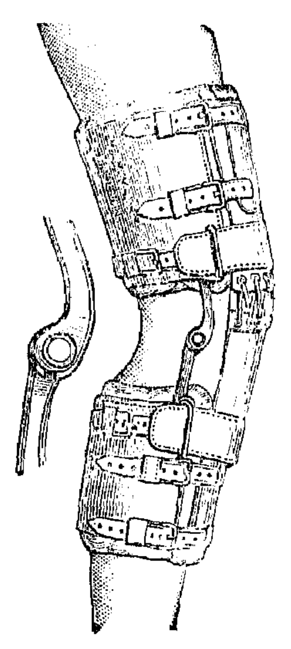
منظر الركبة بعد كسر الرضفة

الواحدة عن الأخرى بجسر من المنسوج الليفى ، مما يجعل المفصل ضعيفاً مفقودة فيه قوة البسط الذاتى

العلاج — يعالج هذا الكسر إما بالأجهزة الضابطة ، وإما بعملية تحت الجلد ، وإما بعملية مفتوحة

(١) تستعمل الأجهزة الضابطة البسيطة اذا كان الانفصال بين الشظيتين قليلاً ، وكان تقريبهما ممكناً بسهولة ، وكان المصاب غير لائق للعملية

بعض الجراحين يعتمد على جهاز الجبس لضبط الشظايا فتبسط الساق ، اذا لم يكن فى المفصل الا انسكاب قليل ، و يلف الطرف برباط بوريكى ، ويوضع فوقه جهاز الجبس بطريقة كروفت . ولا بد من تجديد الجهاز بعد أسبوع أو عشرة أيام لاسترخائه بسبب الضمور العضلى . ويمكث المريض فى الفراش ثلاثة أسابيع أو أربعة . ولا بد من التدليك المنتظم للمحافظة على تغذية العضلات وتسهيل الالتحام . ولا يسمح بثنى الركبة الا بعد سندها بجهاز كالذى فى (شكل ٦) لتحديد الحركة . وليكن ذلك بعد الاصابة بأربعة أسابيع ، ولا بد من لبس هذا الجهاز سنة تقريباً . واذا كان هناك انسكاب عظيم بعد الاصابة يوضع الطرف على جبيرة خلفية ، و يبرّد المفصل بكيس من الثلج أو بالوضعيات الباردة حتى يمتص السائل ؛ و يصح أن يبزل المفصل ، ثم يوضع جهاز الجبس على نحو ما ذكر



(شكل ٦)
جبيرة للرضفة المكسورة
تستعمل هذه الجبيرة بعد التحام الشظية العليا والسفلى التحاما ليفيا . ويمكن زيادة درجة الانثناء تدريجا فى المفصل الفولاذى الذى الى كل جانب . ولا يمكن أن تلثنى الركبة ، عند العثرة ، اكثر مما هو مناسب ، فلا يمكن أن يتمدد الالتحام الليفى أو يتمزق . ولتسهيل بسط العضو نرى رباطا متينا مرنا يصل بين الجزء العلوى والسفلى من مقدم الجبيرة . وهذا الرباط قابل للضبط . و يساعد كثيراً العضلة المربعة الفخذية الضعيفة

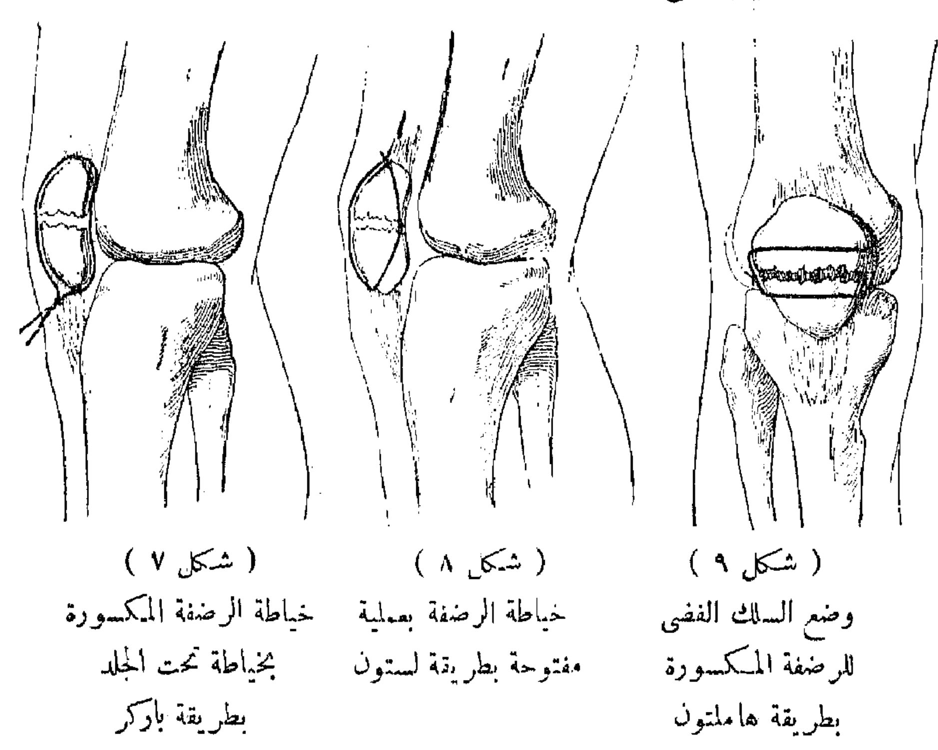
وهناك طريقة أخرى تشتمل على وضع الجبس على قطعة كبيرة من جلد الخلد على مقدم الفخذ والسطح الوحشى منها وممتدة الى منتصف الفخذ من الأعلى ، أما من أسفل فتنتهى

بطرفين لعمل شد مرن . ويوضع الطرف على جبيرة خلفية بمسند قدمى فيه يثبت جهاز الشد المرن . ويعجل امتصاص الانسكاب بالبزل . ويسمح المصاب بالمشى بعد ستة أسابيع، والطرف فى جهاز من الجبس ، وبعد الحادثة بثلاثة شهور يمكن استعمال مسند الركبة (كما فى شكل ٦) وفائدته تحديد الحركة ، أولاً ، وزيادتها ، بعد ذلك ، تدريجًا بِبَرْد مشبك . ويحتمل ألاّ نحصل الاّ على التحام ليفى بهذه الطريقة ، مما يكون متينًا اذا أعطى الوقت الكافى لكى يشتد صلابة . وأقوى دليل على متانة هذا الالتحام الليفى أن العظم اذا انكسر مرة ثانية كان الكسر فى المنسوج العظمى لا فى المنسوج الليفى ولئن كان المصاب مضطراً الى الجرى الى معاشه فمن الضرورى جبر العظم بأقرب ما يمكن مما لا يتيسر إلاّ بعملية

(٢) وهناك عمليات مختلفة تعمل تحت الجلد لاتقاء الخطر الموهوم من فتح المفصل وأقرب هذه العمليات الى الصواب طريقة باركر (Barker) الذى يربط الشظيتين بسلك من الفضة (شكل ٧) . تعمل فتحة فى المفصل بقاطع الوتر أسفل الشظية السفلى ، ويستخرج الدم المنسكب ، أو السائل الزلالى المفصلى خلالها ، ومنها يدخل الجراح إبرة فتق منحنية تجتاز بالمفصل من الأسفل الى الأعلى وتخرج من الجلد أعلى الشظية العليا . وبذلك تحمل قطعة من السلك الفضى المعقم خلف العظم . ثم يدخل الجراح الإبرة من الفتحة السفلى أيضًا ، ويمر بها أمام العظم ، لكى تخرج من الفتحة العليا نفسها . ثم يدخل الطرف العلوى من السلك الفضى فيها ، وبذلك يخرج السلك من الفتحة السفلى ، ويكتنف العظم . وبشد السلك ولفه تتقارب الشظيتان . ويقطع طرفا السلك ويدفع تحت الجلد . ويوضع الطرف على جبيرة خلفية مدة أسبوع تقريبًا وبعدها تعمل الحركات القهرية ، ويسمح للمريض بالمشى فى نهاية الأسبوع الثانى تاركاً كل أنواع الأجهزة فى نهاية الأسبوع الخامس

(٣) أما العلاج بالطريقة المفتوحة التى عضدها اللورد لستر وحسّنها فأفضل بلا شك لتيسر استئصال الشذرات الصفاقية التى تتوسط الشظيتين . وقد يكون من الصواب تأخير العملية بضعة أيام يسترد فيها المفصل تأثيرات الاصابة المباشرة

فى هذه الطريقة تنزع شريحة من الجلد على شكل نعل الحصان الى الأعلى لكى يتعرى العظم المكسور . وينظف المَفْصِل من الجلط الدموية ، والسطوح العظمية من الجلط والشذرات الليفية التى تكون ملتصقة غالبًا . ويعمل مجرى للسلك بالمثقاب ، تمتد



(شكل ٧)
خياطة الرضفة المكسورة بخياطة تحت الجلد بطريقة باركر

(شكل ٨)
خياطة الرضفة بعملية مفتوحة بطريقة لستون

(شكل ٩)
وضع السلك الفضى للرضفة المكسورة بطريقة هاملتون

من الطرف العلوى أو السفلى ، خلال منتصف العظم الى السطح المكسور أمام الغضروف المفصلى مباشرة (شكل ٨) ؛ فاذا خرج المثقاب فى مستويات مختلفة على وجوه الشظايا ، فلا بد من قرض العظم أو الغضروف لتهيئة مجرى للسلك لكي تكون الشظيتان فى مستوٍ واحد ، والغضروف المفصلى بانتظام . ثم يسلك السلك الفضى المعقم بالسمك المناسب فى المجرى ، وتحكم الشظيتان ، ويلف السلك مكونًا عقدة أو عروة تدفع فى المنسوج الوترى أو السمحاقى الذى يعلو الشظية العليا لكى لا يكون بارزاً تحت الجلد فيهيجه . وقد نحتاج الى سلك آخر لمنع دوران الشظايا . ويقفل الجرح ، ويوضع الطرف فى جبيرة خلفية . ويمكن الابتداء فى الحركات القهرية بعد اليوم العاشر ، فى الشخص السليم ، وقد يسمح للمصاب ، فى نهاية الأسبوعين ، بالمشى فى الأحوال البسيطة ؛ لكن من الصواب تثبيت الطرف مدة أطول من ذلك اذا كان الكسرُ مصحوبًا بمضاعفات ، أو المصابُ كبيرَ السن

وقد يستحسن إدخال السلك مستعرضًا خلال الشظيتين (شكل ٩) على نحو ما رأى المستر هاملتون اللفربولي (Mr. Hamilton of Liverpool.) لأن تماسك الشظيتين يكون بذلك أشد متانة وأقوى ، ولأن السلك لا يتقلقل

وفى الأحوال المزمنة التى امتد فيها الرباط الليفى ، و بطلت فائدة العضو بطلانًا عظيمًا ، لا يفيد المريض سوى العملية ، التى فيها يستأصل المنسوج الليفى ، وتجدد سطوح الكسر ، عند الضرورة بالمنشار ، ثم تثقب لمرور السلك . ولإحكام الشظيتين لا بد من تخليص الشظية العليا من عظم الفخذ لأنها تلتصق بها غالبًا ، و يلزم قطع العضلة المستقيمة قطعًا جزئيًا لأنها تنكمش على الأثر . ولا بد من رفع العضو جيداً لارخاء العضلة المربعة الفخذية ، وتقليل التوتر على رباط الالتحام . ثم يخفض العضو شيئًا فشيئًا بالتدريج . وبذلك تمدد العضلة لمناسبة الظروف الجديدة

واذا لم يتيسر تقريب الشظيتين مطلقًا فلا بد من اتباع الطريقة نفسها ، ويسمح للمريض بالمشى و بين الشظيتين عروة من السلك الفضى ؛ و بذلك تمدد العضلة المربعة الفخذية فيرجى نجاح عملية تالية

ويحسن ، بعد أن أطلت الكلام فى كسور الرضفة ، أن أوضح تلك الأغلاط الشائعة فى علاجها ، وأن أذكر بعض الملاحظات بشأن خياطة الكسور عامة بالسلك المعدنى : —

سمعت جراحًا شهيراً يقول إن جميع الكسور المستعرضة فى الرضفة يجب أن تعالج بخياطة الشظايا بالسلك . ولست على هذا الرأى . لأن سبب عدم التحام الشظايا فى كسر الرضفة اذا لم يعالج بالتثبيت بالخياطة هو انفصال طرفى الكسر مما ينشأ عن انجذاب الشظية العليا بالعضلة المربعة الباسطة . وهذا الانفصال لا يكفى لتعطيل الوظيفة فى المستقبل إلاَّ إذا تمزق الصفاق المتين من جانبى الرضفة أيضًا مما لا يطرد دائمًا . وهذا هو الاعتبار الوحيد الذى يجب أن نسترشد به . ولاشك أن الحاجة الى الخياطة تكون أقل اذا كان الكسر صدعًا ولم يتمزق سمحاق العظم كما يرى أحيانًا

من ذلك يتضح أن التمزقات فى التمددات الصفاقية الجانبية هى الاصابات الحقيقية التى تقتضى العلاج بالشق والخياطة ، وبغير هذه الطريقة لا تحدث الفائدة . ولتعلم أن الانفصال فى الشظايا اذا تجاوز ربع القيراط كان دليلاً على التمزقات الجانبية مقتضياً الخياطة . أما إذا كان الانفصال أقل فهناك أمل باسترجاع كل الوظيفة بغير العملية

وليس « التعبير بخياطة الرضفة بالسلك [1] » تعبيراً دقيقاً ؛ لأن الخياطة ليست أهم جزء فى العملية . هذا الى أن السلك ليس بأفضل مادة لخياطة العظم . ولكن هذه التسمية مقبولة ومناسبة لا ضرر منها اذا عرفنا أن خياطة التمددات الصفاقية هى أهم خطوة فى العملية

ولا بد أن يكون الشق للعملية منحنياً ، وأن ترد الشريحة الى الأعلى لاظهار الميدان وقد رأى بعضهم مريضاً بناصور على رضفته ، وكانت قد خيطت بالسلك وكان شق العملية رأسياً فى متوسط العظم ، وكانت أطراف السلك أسفل خياطة الشق مباشرة مما أحدث الناصور . فلم يكن الشق كافياً لتوضيح ميدان العملية ، ولم تكن الخياطة فى الموضع المناسب؛ إذ يفضل وضع السلك فى حافات العظم حيث يكون بعيداً عن الضغط

ويرى البعض ألا يستعمل السلك مطلقاً . فالسلك الفضى ليس متيناً ، وقد ينكسر فى اثناء لى أطرافه ، أو فى اثناء عمل الحركات . وان لم يلف كلا الطرفين ، كما يحدث أحياناً ، فقد ينزلق الطرف المستقيم من الطرف الملفوف ولا يتم التثبيت . هذا الى أن السلك نفسه اذا أحكمت لفه فقد يقطع العظم الاسفنجي اذا لم يكن الثقب بعيداً عن الحافة . وعلى ذلك يحسن استعمال مادة أخرى أقل صلابة من السلك لخياطة العظم كالحرير أو الكاتجت المتين و إلا فالسلك النحاسى خير من السلك الفضى

خياطة العظام الأخرى

قد شوهدت أحوال غريبة عقب محاولة تثبيت شظايا العظم المكسور بالسلك . وأغلب هذه الأحوال تشوهات زاوية ناشئة عن وضع السلك فى سطح واحد من العظم

---

(١) خياطة الرضفة بالسلك ترجمة Wiring of the patella.

المكسور فلا يستطيع أن يحفظ الشظايا فى المحور الصحيح . ولعل الخطأ ينشأ عن الشقوق المستقيمة التى لا توضح الميدان جيداً

يبس المفاصل عقب الكسور

قد مر بك أن المفاصل المجاورة للكسر قد يعتريها شيء من اليبس . والمعتاد التغلب عليه بالتدليك والحركات . وقد يصادف أن المدلك لا يجد شيئًا من الحركة فى المفصل لكى يجول به فى مجال أوسع . وقد يرى ، وقتئذ ، تحريك المفصل قسريًا ، بعد تخدير المريض ، لأنهُ اذا وجد شيء من الحركة يمكن زيادته بالتحريك المتكرر والتدليك ، بعد ذلك ، بغير تخدير . والذى عليك، أن تعرفه ، أيها الجراح، أن العظام ، فى أحوال الانكيلوز التام ، تكون ضامرة من بطلان الوظيفة سهلة الكسر . وكثيراً ما يتهيض[1] العظم والجراح يحاول تحريك المفصل تحت التخدير

وقد ينكسر العظم فى غير موضع الكسر . وأخص ما يكون ذلك فى عظم الرضفة فى اثناء تحريك مفصل الركبة تحريكاً غشيماً بقوة . وعليك أن تلاحظ : —

(١) اتقاء اللى تحت التخدير ، وعدم الالتجاء اليه إلا بعد فشل الوسائل الأخرى ، كأن يوضع الطرف ، فى حالة يبس مفصل الركبة ، على كيس من الرمل يوضع أعلى الركبة مباشرة ، فتتدلى الساق بثقلها منثنية

(٢) والاحتياط الآخر هو الاكتفاء باليسير من الحركة التى نحصل عليها . واياك أن تطمع فى تحريك المفصل حركاته كلها . فاذا امكن الحصول على حركة بسيطة تمكن المدلك من الاعتماد عليها وتنشيطها بالتدليك . هذا الى أن القليل من الحركة فى المفصل يقوى العظام ويحسن حالتها فلا تعود سهلة الكسر اذا رأى الجراح أن يلجأ أخيراً الى استعمال القوة فى التحريك تحت تأثير المخدر

---

(١) تهيض العظم تهيضا وانهاض انهياضا اذا انكسر بعد الجبور

قروح الجبائر

تنشأ هذه القروح عن ضغط الجبائر ضغطاً متواصلاً ، وهى متعبة جداً . وكثيراً ما يصادف الجراح قروحاً تحتاج الى وقت أطول مما احتاجت اليه الاصابة الأصلية . وتتقى هذه المضاعفة بقليل من العناية

شلل الجبائر

قد يشاهد هذا الشلل فى الكسور التى تكون ، على الأخص ، حول المرفق ، وينشأ عن ضمور عضلى [1] عن احتباس الغذاء الدموى الشريانى فى الطرف عن ضغط الجبائر والربط الغشيم المحكم . ومن النادر مشاهدة هذه المضاعفة ، الآن ، بعد معرفة سببها ، واتقائه

(١) الضمور العضلى ترجمة Muscular dystrophy

الفصل السادس والعشرون

التشوهات

تمتاز جراحة التشوهات بشيء ، ذلك أن قواعد الوقاية التى تذكرها كتب الجراحة بالتفصيل لا يلتفت اليها عمليًا فى المداواة

أما أغلاط العلاج فيحسن ذكرها مع هذه القواعد العامة التى كثيراً ما تفوت الطبيب فى عمله

ينشأ أغلب التشوهات الجراحية عن سبب أو أكثر من الأسباب الآتية :

(١) عيوب عضلية ، وخاصة فقد توازن عضلة

(٢) يبس المفاصل عن

(أ) انقباض عضلى عن خمود مزمن

(ب) انكيلوز (ليفى أو عظمى)

(٣) آفات العظم وأمراضه

العيوب العضلية

إن الضعف العضلى وحده ، بغير شلل حقيقى ، سبب أحوال كثيرة تستدعى اهتمام جراحي التشوهات فى الطفل . وأحسن مثال لذلك القدم الرحاء[1] . فلنحسب أن طفلاً قد طال مرضه ولزم الفراش فى اثناء المرض . فعضلات بطن رجليه (سمانة الساق) تصير ضعيفة فاقدة القوة ، فاذا تماثل ، وابتدأ فى المشى فانها لا تقوى على سند قوس القدم ولا تتساوى مع ثقل الجسم فيزول تقوس الأخمص . هذه الحقيقة أو القاعدة تمر بغير ملاحظة فترى الطفل ، وهو يحجل فى مشيته ، ولا يستطيع أن يجرى ، لأنه لا بد أن يضع عقب قدمه على الأرض مع كل خطوة . ولا يذهب الى الطبيب إلا أخيراً

(١) القدم الرحاء ترجمة Flat-foot

بعد فوات زمن الاصلاح ؛ إذ يكون الطفـل قد تعود الوضع الرخأى ، ولو أمكن الوصول الى شفاء الضعف العضلي المسبب فان المشية المميزة وعدم القدرة على الألعاب الرياضية قد يبقيان . ولتعلم أن القدم الرخاء كثيراً ما تحدث بهذه الطريقة بغير أن تخطر ببال الطبيب

على أنه وان يكن زوال تقوس الأخمص فى القدم الرخاء ، فى المثال القياسى ، من ضعف عضلات بطن الساق التى لا تقوى على سند التقوس سنداً كافياً إلاَّ أن ضعف السند قد لا ينسب الى ضعف مرضى . فقد يكون عن اجهاد متوسط العضلات التى تعمل فوق طاقتهـا . وهذا هو ما يحدث فى كسر عظمى القصبة والشظية الملتحمين بتشوه زاوىّ وانقلاب القدم الى الخارج ، فسند تقوس الأخمص فى مثل هذه الظروف يفوق طاقة أقوى العضلات

الالتواء الجانبى فى العمود الفقارى

والالتواء الجانبى فى العمود الفقرى مثال آخر للتشوه الناشئ عن الضعف العضلى فاذا عرفنا سبب الالتواء فلا بد أن يقصد العلاج فى الحالة القياسية إلى استرجاع القوة العضلية ، ووقف سير التشوه ، وتحسين حالة الالتواء الذى حدث . والوقاية مفتاح النجاح ، ولذا يلزم معرفة الضعف العضلى قبل حدوث التشوه . وما معرفته بأصعب من معرفة الغدد الأنفية الحلقية والدرن فى المفصل الفخذى الوركي . والالتواء الجانبى كالقدم الرخاء ؛ كلاهما يمثل تشوهًا ناشئًا عن أن عضلات معينة ليست من القوة بحيث تسند ما يلقيه عليها قوة الجاذبية من الثقل . على أن هنالك ، أحوالاً أخرى لا يكون سبب التشوه قوة الجاذبية وانما يكون سببه تغلب فئة من العضلات على أخرى؛ وهو ما يسمى باختلال التوازن العضلى وهذا الاختلال هو سبب القـدم القفداء الفدعاء الخلقية ، وغيرها من التشوهات المختلفة الناشئة عن التهاب المادة السنجابية النخاعية المقدمة

الحنف أو اعوجاج القدم الخلق

ينشأ الحنف الخلق [1] من ضعف العضلات الشظيية التى لاتقوى على مقاومة عضلات بطن الساق . ولهذا السبب تصير القدم قفداء فدعاء . فى هذه القدم تطول العضلات الشظيية ، وتبقى كذلك ، مما يزيدها ضعفاً ، لأن العضلات التى تبقى مشدودة بتأثير العضلات المضادة المتحكمة فيها تضعف تدريجاً ولا تستطيع تأدية وظيفتها . وليس يقتصر الأمر على ذلك بل كلما ازدادت العضلات الضعيفـة تمدداً ازدادت العضلات المضادة قوة وقصراً ، فاذا ترك الاختلال وشأنه عاد يستحيل ارجاع القدم الى حالتها الطبيعية باليد . واذا زدنا اهمالاً تغير شكل العظام والأربطة الداخلة فى مفصل رسغ القدم ومفصل عظام الرسغ . وهذه كلها مما تزيد صعوبة تقويم التشوه

فالعلاج لابد أن يرمى الى معرفة ضعف العضلات الشظيية من مبدأ الأمر والعمل على اصلاح اختلال التوازن العضلى . و يتم هذا الغرض بعكس الظاهرة التى أحدثت التشوه ، و بعبارة أخرى ، بتثبيت القدم بحيث تتوتر العضلات السليمة ، وتبقى العضلات الضعيفة فى الحالة المضادة . ومن الصحيح ، أن تعرف أنه ليس من السهل جداً ، فى الطفل ، الوصول الى هذا الغرض أو تثبيت القدم فى الوضع المطلوب . ولكن الجرّاح يمكنه أن يصل الى ذلك بهمته ، ونشاطه ، واخلاصه فى عمله ، وتجاربه

ولقد عرف ابقراط ما لربط الحنف الخلق ربطاً قوياً وتثبيته تثبيتاً جيداً من التأثير النافع، فى هذه الأحوال ، ولا يسع الانسان الاّ الاعتقاد بأن اهمال الأطباء هذا التشوه فى الأدوار الأولى إنما نشأ عن يأسهم من الوصول الى العلاج التام ، الذى

---

(١) يحسن ، من باب الشيء بالشيء يذكر ، أن أضع تشوهات القدم بالانكليزية وما استعملته لنقلها الى اللغة العربية

Talipes or Club-foot.	الحنف أو اعوجاج القدم
Talipes Equinus.	القدم القفداء
Talipes Calcaneus.	الاعوجاج العقبى
Talipes Varus.	القدم الفدعاء
Talipes Valgus.	القدم الوكعاء
Flat-foot.	القدم الرحاء
Spastic Talipes.	الحنف التشنجى
Talipes Decubitus.	الحنف الاستلقائى

يقتضى خبرة واسعة ، ومثابرة متواصلة مما لا يتفق لكثير من المعالجين بسبب ضيق وقتهم

ولعل ما ذكر هو السر فى كثرة عمليات قطع عظام الوتر ، وفى الالتجاء الى عمليات قطع عظام رسغ القدم أحياناً ، وهلا ترى ، أيها الجراح ، ما حدث من التطور الغريب ، فى علاج درن المفاصل والعظام ، فى هذا العصر ، فلم تعد تلجأ الى العمليات الكبيرة ، فى هذه الأحوال ، الاّ نادراً ، ووقتئذ تحسب عليك هذه العمليات عيوباً فى عملك ؛ لأنها اعتراف منك صريح بفشلك النهائى فى العلاج الأولى فشلاً لا يبرره عذر ولو من الأعذار التى تكون أقبح من الذنب . وحبذا لو وصلت جراحة التشوهات الى هذه الدرجة من التقدم

والملاحظات التى ذكرت علاجاً للحنف الخلقى تنطبق تماماً على الأحوال المصابة بالمرض المعروف بالشلل الطفلى . فقلما يكون الشلل كاملاً فى هذا المرض ، ويمكن الوصول الى درجة عظيمة من الشفاء واتقاء التشوه بالعمل على تقوية العضلات الضعيفة المتمددة ، وبالمحافظة على دفئها ، وبرياضتها رياضة لا تكون فوق طاقتها

واليك غلطتين ربما كانتا شائعتين : —

رأى أحد الجراحين صبياً مصاباً بارتخاء فى القدم[١] جاءه عقب التهـاب المادة السنجابية النخاعية المقدمة[٢] فأخبرته الأم أن الصبى يعالج بالتدليك والرياضة . وباستفهام الجراح عن نوع الرياضة أخذ الصبي يمشى على أطراف أصابعه ؛ وأنت عليم أن هذا النوع من الرياضة لا يستعمل الاّ ارادة ارجاع التوازن العضلى ، وان لم يستعمل بحق لهذا الغرض فضرر المريض قريب

أما الغلطة الثانيـة فهى استعمال جهاز يفوق طاقة الطرف الضعيف ارادة مقاومة التشوه . فالصواب رياضة العضلات الضعيفة الى حد طاقتها ، أما تجاوز هذا الحد فتجاوز الصواب لما يحدث عنه من الضرر

وقد ينسى أن اختلال التوازن العضلى عامل على توليد التشوه ليلَ نهارَ ، صباحَ مساءَ ، وهذا مما يستدعى عدم اهمال العلاج ليلا . فليس يكفى مثلاً ، فى القدم القفداء

---

(١) ارتخاء القدم ترجمة Foot drop.

(٢) التهاب المادة السنجابية النخاعية Anterior poliomyelitis

الفدعاء[1] أن يأمر الجراح بجهاز من الحديد بسير من الجلد بشكل T و بنابض[2] لرفع القدم يلبس نهاراً ، و يترك ليلاً فتترك العضلات المشوّهة تعمل عملها ليلاً . و بعد أن يستغنى عن جهاز المشى يجب استعمال جبيرة من المعدن أو جبيرة من الجبس لحفظ القدم فى الوضع المقوّم ، وذلك مباشرة عقب الاستغناء عن الجهاز

و بمناسبة الأجهزة الحديدية التى تستعمل لتقويم التشوهات والتى تثبت فى مؤخر حذاء المريض أرى من الضرورى أن أذكر أن هذه الأجهزة لا تؤثر فى القدم إلاّ بواسطة الحذاء ، و إن لم تكن محكمة الوضع فى الجهاز من جهة ومحكمة على القدم من الجهة الأخرى ضاعت فائدة الجهاز أو كادت

وقبل ختام هذا الموضوع يحسن أن أكرر القول بأن من الممكن اتقاء التشوه فى جميع أحوال اختلال التوازن العضلى بمساعدة العضلات الضعيفة مساعدة دائمة متواصلة . وأن من العيب العائب فى الجراحة ، ومن الفضيحة الفاضحة للجراح ، أن يلجأ الى قطع الوتر ، أو قطع عظام رسغ القدم ، مما لا يمكن أن يحسب عمليات نهائية ومما لا يمكن أن يشفى اختلال التوازن العضلى . وحسبك أن تعرف أن فائدة قطع الوتر أو قطع عظام الرسغ لا تتجاوز القيام باصلاح تأثيرات الاهمال الماضى اصلاحاً بطريقة غير مرضية ، هذا الى أنه لا يمنع الحاجة الى استمرار العلاج

اما بشأن قطع الأوتار التى تنشط القدم فلا علم لى بشىء من الحوادث إلاَّ ما سمعته عن اصابة الشريان الفخذى فى أثناء قطع وتر العضلة المقربة للفخذ قطعاً تحت الجلد . ولا شك أن العصب المأبضى الوحشى قد أصيب فى أثنـاء قطع وتر العضلة ذات الرأسين . وقد اخترعت عملية قطع الوتر تحت الجلد فى أيام جون هنتر[3] تقريباً . وكان الغرض منها قطع الوتر بغير أن يواجه الانسان خطر العفونة أو تلوث القطع . أما الآن فلا شأن لهذا الخطر . و إنه وان تكن للعملية تحت الجلد مزايا ومنافع إلاّ أنها لا تعادل الخطر الذى تتعرض له بعض الانسجة المجاورة جليلة الشأن التى ينشأ عن اصابتها ضرر عظيم

(١) القدم القفداء الفدعاء هى Equino-varus. (٢) النابض هو الزنبلك

(٣) John Hunter.

قطع العظام

لقطع العظام مضاره . ولا يزال أحد الجراحين يذكر ما حدث له ذات مرة ، وقد قطع عظم الفخذ أعلى اللقمتين فى حالة العصل ، وهى ذكرى مؤلمة ، ذلك ان الجراح بعد عمل العملية اضطر الى التخلف عن اتمام العلاج بعدها بسبب مرض طويل فوضع القائم بعمله فى أثناء غيابه الساق فى الجبس وأخرج المريض من المستشفى . ولما عاد الجراح الى عمله، وعاد المريض اليه رأى أن العظم قد التحم تماماً ، وأن التشوه بقى كما هو قبل العملية

ويرى الجراح نفسه أن الجبس من الوسائل الخطرة لتثبيت العظام التى يقطعها الجراح أو يكسرها اذا لم يضعه خبير حاذق ، فكثيراً ما نرى عقب استعماله تشوهات غير منتظرة بعد رفع غلاف الجبس ، وكثيراً ما نرى العظام غير ملتحمة أيضاً

أما عملية قطع العظم نفسها فليست صعبة لكن هناك أغلاطاً معينة قد يقع فيها الجراح فى اثناء عملها . من هذه الأغلاط ، وأقلها شأناً قطعك العظم فى اتجاه منحرف بغير قصد، أى قطعك العظم قطعاً غير عمودى على محوره الطويل. ومنها استعمال قاطع العظم كمخل أو عتلة[1] لاتمام كسر عظم لم يتم قطعه ، فقد شاهد بعضهم جراحاً وهو يقطع عظم الفخذ أعلى اللقمتين فى حالة العصل[2] فدفع الجراح القاطع الى عظم الفخذ جيداً ، وحاول اتمام قطع العظم باستعمال القاطع كعتلة . فكسر ، لسوء الحظ ، سلاح القاطع . فقاسى ما قاسى لاستخراج السلاح المكسور وقد لزم عليه العظم

ومن الأغلاط اتلاف بعض الأنسجة الرخوة المجاورة بحافة القاطع العريض ، فى اثناء قطع العظم ، أو بارساله خلال الطرف بطرقه بالمطرقة . ولست اذكر حادثة من هذا النوع بالتحقيق ، لكن الخطر ليس وهمياً

---

(١) المخل أو العتلة ترجمة Lever

(٢) Genu Valgum

سوء وضع المفاصل

سوء وضع المفاصل عقب الالتهاب المفصلى من عيوب الجراحة العصرية فقد شاهد جراح فتاة كانت اصيبت بالتهاب مفصلى تحت الحاد فى المفصلين الفخذيين الوركيين ، وشفيت ، والمفصلان يابسان فيهما انكيلوز ، والفخذان فى حالة اثناء حاد ، يمناهما مبعدة ، ويسراهما مقربة ، فأما تبعيد الفخذ اليمنى فقد أفضى إلى العصل [١] ، وأما تقريب الفخذ اليسرى فقد أفضى إلى الفحج [٢] فقطع الجراح العظمين قطعاً أسفل المدور العظيم ، وبعد حين قطع العظم الفخذى الأيمن قطعاً أعلى اللقمة لعلاج العصل وبذلك تمكنت الفتاة من الوقوف ، والتنقل بساقيها من مكان الى آخر . فهلا ترى أن هذه التشوهات انما حدثت من الاهمال فى اثناء علاج المرض الأصلى ، وان هذه العمليات لم تكن ضرورية إلا للتخلص من هذه التشوهات . والحكاية من أحسن الأمثلة لاهمال شائع ، وهو عدم وضع المفصل الملتهب فى انسب الاوضاع حتى اذا ما حدث الانكيلوز كان الضرر أقل مما اذا حدث الانكيلوز والمفصل فى وضع غير مناسب

وسر النجاح فى علاج لين العظام من مرض مثل نخر العمود الفقارى واعوجاج القصبة من الكساحة هو شفاء المرض الأصلى واتقاء التشوه . وليس عندى ما أقوله بشأن التشوهات والضعف وعطل الوظيفة وما الى ذلك مما تسهب فيه كتب جراحة تشوهات العظم فى الأطفال سوى « الوقاية – الوقاية – الوقاية »

نقل الوتر

كثيراً ما أشار على بعضهم بعملية نقل جزء من وتر عضلة سليمة الى عضلة ضعيفة علاجاً لبعض تشوهات معينة . ولعل هذا مما يسمح لى أن أذكر أننا اذا أردنا اجراء هذه العملية فعلينا أن نزيل التشوه ونتجاوز التقويم أولاً

---

(١) العصل عيب يتباعد فيه الكعبان اذا تقاربت الركبتان ، والرضفتان متجهتان الى الامام ، وبعبارة اخرى هو تباعد الساقين تباعداً ثابتاً عن الخط المتوسط يصحبه انقلاب الى الخارج ترجمة Genu Valgum.

(٢) الفحج تباعد الركبتين تباعداً ثابتاً وتقارب الخلخلين ترجمة Genu Varus.

ترقيع العظم

أهم شيء فى هذه العملية اتقاء التلوث ؛ ولا حاجة الى التطويل فى هذا الأمر لأنهُ من الأوليات . أما الأمور التى يمكن الكلام فيها فأهمها ضرورة تثبيت الطعم حتى لا يتزحزح من مكانه

وقد يصادف عند قطع الطعم العظمى بالطريقة الاعتيادية من القصبة ، وعمل الشقوق المستطيلة المتوازية وقطع أطرافه ، أن يطير الطعم فيقع على الأرض . وقد قيل لى إن خير ما يعمل ، وقتئذٍ غسل الطعم ، واغلاؤه مدة خمس دقائق ، إذ يصير بعد ذلك صالحًا للاستعمال . وذات مرة جهز أحد الجراحين طعماً طويلاً من القصبة، ووضعه فى قطعة من السابرى (الشاش) ، ووضع القطعة فى قدح ثم أخذ يهيىء له مكانه . و بينما هو يفعل ذلك أخذت احــدى الممرضات القدح وقذفت ما به فى جردل خاص بنفاية العمليات . وانهُ وان يكن الطعم قد استرجع إلا أن الجراح لم يجرؤ على استعماله ونعماً فعل

وقد يحسن أن أبدى شيئًا بشأن الخطر الذى يعقب استئصال ظنبوب الساق للحصول على طعم عظمى ؛ فقد يميل الجراح لأخذ الطعم من هذا الموضع لسهولته . وخطر هذا العمل اضعاف القصبة وتعريض المريض لكسرها بأدنى عنف

الفصل السابع والعشرون

الالتهاب المفصلى

سأقصر الكلام ، هنا، على مفصل الركبة ؛ لأنه من أكبر المفاصل وأكثرها اصابة وكل ما يقال من الملاحظات ينطبق غالبًا على أى مفصل آخر

ويقسم الكلام ، فى هذا الموضوع ، ثلاثة أقسام : (١) التهاب الغشاء الزلالى العارضى الطاهر ، (٢) والتهاب الغشاء الزلالى الذاتى بغير تلوث ، (٣) والالتهاب المفصلى العفن

(١) التهاب الغشاء الزلالى العارضى الطاهر فى الركبة

(أ) التشخيص

قد يخيل لى أن ميدان الكلام فى تشخيص التهاب الغشاء الزلالى العارضى غير واسع ويظهر أن الموضوع بسيط . وطالما كانت البساطة فى الظاهر موطنًا للزلل . والحقيقة ضرورة الحرص التام والعناية العظيمة . ولنأخذ ، مثلاً ، مريضًا استشار طبيبًا لوجود ورم وألم فى مفصل الركبة ، ونسبهما لاصابة نالته فى اثناء نزوله من عربة ، منذ اسبوع . كان التهاب الغشاء الزلالى واضحًا ؛ وهناك تاريخ باصابة ، ولذا يقول غير الحريص من الجراحين إن المريض مصاب بالتهاب فى الغشاء ويعالجه على هذا الزعم وبعد أسبوع شكا المريض من ألم وورم فى إحدى خصيتيه مما بين أنه مصاب بالتهاب بربخى سيلانى ، وان يكن للعارض بعد ذلك شىء من التأثير فهو لا شك تأثير ثانوى أما السبب الأصلى والمهم فهو العدوى السيلانية . ولا ريب فى أن الفحص عن البول فى هذه الحالة كان يوضح الشذرات البيضاء التى تظهر فى السيلان ، ويرشد الى حقيقة الاصابة فى المفصل . واتضح أخيرًا أن تاريخ العارض غير معين ؛ فلم يسقط المريض على الأرض ، ولم يلتفت الى شىء من هذا النوع

وكثيرًا ما يرى الجراح الدقيق فى الفحص أحوال الالتهـــاب المفصلى العظمى ،

والدرن المفصلى ، والسفلس المفصلى ، والسيلان المفصلى ، والروماتزم ، يرى كل ذلك وهو يتوارى خلف التهاب الغشاء الزلالى العارضى

أما نوع الاصابة الذى يكون فى مريض معين مصاب بالالتهاب المفصلى العارضى فلا حيلة لنا غالبًا الا التخمين فيها فقد يكون فى المفصل تمزق فى الغضروف الهلالى. ولا سيما الغضروف الانسى ، وقد يكون اعتقال زائدة من الغشاء الزلالى بين عظم الفخذ وعظم القصبة . وقد يكون شيأً آخر . فان تركنا هذا الشك فى نوع الاصابة الحقيقى فاحوال الالتهاب المفصلى العارضى تكوّن فئة متجانسة للاعتبارات الاحصائية

الفحص عن المريض

لا بد أن يكون الفحص الاكلينيكى نظاميًا كاملا . فليس يكفى فحص الجراح عن المفصل المصاب ، بل لا بد من الفحص عن المريض كله . أما من جهة تاريخ المرض فلا بد أن يكون واضحًا وضوحًا تامًا باصابة فجائية ، مؤلمة ، شديدة شدة كافية تجعل مفصل الركبة الذى كان سليمًا إلى وقت الاصابة مثوفًا ، ثم يظهر عليه ورم فى بضع ساعات بعد الاصابة ، فاذا لم يكن تاريخ العارض واضحًا كأن يزعم المريض أن مفصل ركبته قد أصابه شيء بالتخمين لا بالتحقيق ، أو كأن يحدث الورم المفصلى فى المفصل عقب الاصابة بأسبوع أو أكثر فالأغلب أن الاصابة قد بينت مرضًا كان فى المفصل ولم يكن محسوسًا . فانقفال الركبة[1] — ويقصد بذلك عدم القدرة على بسط الساق عقب الحادثة مباشرة — علامة جيدة على تلف غضروف هلالى

فاذا فرغ المريض من رواية تاريخه بالدقة سأله الطبيب عن سوابق الركبة ، بل وسوابق المفاصل الأخرى ، وعن صحته العمومية ، وعن أى انحراف مزاجي . فان كانت أجوبة المريض مرضية تتفق ونتيجة الفحص العام عمد الجراح الى الفحص عن المفصل المصاب . ولهذا الغرض يلزم تعرية الطرفين لكى تسهل المقابلة بينهما . وغالبًا يترقب الانسان أن يرى المفصل ممتلئًا بسائل وفى حالة انثناء خفيف . و بالجس

(١) انقفال الركبة ترجمة Locking of the knee.

قد يشعر بزيادة الحرارة السطحية عن صنوه السليم ، وقد تكون فيه مضاضة ؛ ويجب ألاّ يكون ، هناك ، شيء من الذبول فى العضلات ، فاذا لم يكن هناك علامة على تجمع دموى واضح فالغوص بالضغط (١) يدل إما على كسر ، و إما على العدوى ، واذا كان الجلد أحمر اللون أو قاتمه فليشتبه الجراح فى شيء أكثر من التهاب الغشاء الزلالى العارضى. و بمحاولة الحصول على التموج يجد الجراح أن محفظة المفصل رقيقة لينة كالمعتاد مما يسهل الاستشعار بالتموج فيخيل للانسان أن السائل أسفل أصابعه . على أن هذا لا يطرد ، ففى الالتهاب المفصلى السيلانى أو الناشئ عن النيوموكوك قد يكون ، هناك ، انسكاب فى محيط المفصل مما يجعل المحفظة قاسية يابسة فتمحى علامة التموج . وكذلك تنطمس وتتبهم هذه العلامة فى التهاب الغشاء الزلالى الدرنى أو السفلسى لارتشاح الغشاء الزلالى بالدرن أو السفلس

واذا امتلأ مفصل الركبة بسائل بعدت الرضفة عن عظم الفخذ ، وهما متلامسان طبيعيًا . واذا كان الانسكاب مما يحدث عقب العارض مباشرة أمكن تحريك الرضفة من جانب إلى جانب ، واذا دفعت الى الخلف لامست عظم الفخذ بطرقة واضحة معينة . فاذا وجد انسكاب فى محيط المفصل فالرضفة لا تتحرك من جانب الى آخر بسهولة ، واذا وجد ارتشاح عجينى فى الغشاء الزلالى فالرضفة لا تلامس عظم الفخذ بدفعها الى الخلف بطرقة واضحة معينـــة . أما فى أحوال العدوى المتقدمة فقد تلتصق الرضفة بالعظم بالأزرار اللحمية المتعضونة ، لكن هذه الأحوال المتقدمة قلما تلتبس بالأحوال العارضية

وليس من السهل وصف تلك الطرق التى تستخدم للفحص عن المفصل ؛ لكنها سهلة العمل والتنفيذ فيستفاد منها معلومات كثيرة

وهناك شيء جدير بالملاحظة . وهو أن الضغط على الغضروف الانسى الهلالى يكون مؤلمًا غالبًا ؛ وقد حسب هذا الألم علامة على اصابة الغضروف ؛ لكن هذا

(١) Pitting on pressure.

الألم لا يدل على ذلك، لأن المضاضة فى هذه النقطة توجد فى أغلب أحوال الالتهاب المفصلى فى الركبة

وقد يخيل لغير الخبير أن هذه الاجراءات والاحتياطات طويلة كثيرة . فليس نادراً أن يتغير التشخيص من التهاب فى الغشاء الزلالى العارضى الى التهاب مفصلى تقيحى حاد . وليس نادراً أن يفتح الجراح مفصل الركبة لاستئصال الغضروف الهلالى التالف فيجد أنه مصاب بالتهاب مفصلى درنى . وليس بعيداً أن يكون ، هناك ، تاريخ بعارض ، فى مثل هذه الأحوال . والمغزى أن من الضرورى جداً أن يحرص الجراح الحرص كله ويبذل أقصى ما فى وسعه لاتقاء ما عسى أن يقع فيـه من الاغلاط فى التشخيص

وههنا ، كما فى أحوال الكسور واصابات العظام ، يجب أن يستعين الجراح بالأشعة وصورها ، ويحسن أن تؤخذ صورة الركبة المصابة والركبة السليمة ، وأن تؤخذ الصورة فى الوضع الجانبى ثم فى الوضع المقدم الخلفى

أغلاط التشخيص

اذا استراح المريض المصاب بزيغ فى غضروف الركبـة فقد يزول الانسكاب تماماً ، لكن يبقى انقفال المفصل وزيادة الحرارة السطحية . ولقد رأى هارولد باروز بضع أحوال بهذا الشكل ، فكان زوال الانسكاب فى مشاهداته الأولية مما جعله يشك فى صواب رأيه فى التشخيص . ولقد ذكرت ذلك عظة وذكرى للآخرين

وقد تكون الكسور منابع للخطأ . فكثيراً ما فات كسر الرضفة الجراح ولم يدركه مقتصراً على علاج التهاب الغشاء الزلالي العارضى . وتجاوز الكسر اكثر ما يكون اذا لم تنفصل شظاياه لعدم تمزق السمحاق والتمددات الصفاقية . ولتعلم أن من الممكن غالباً تشخيص الاصابة حتى بغير الاستعانة بالأشعة من زيادة الاحساس الحاد فى الرضفة ومن الحركة الجانبية التى يمكن توضيحها بين الشظايا . ومن العلامات التى تدفعنا للاشتباه فى الكسر الغوص بالضغط على الرضفة ، ووجود تجمع دموى ، أو تلون الجلد من الانسكاب الدموى فى الأنسجة التى تحت الادمة

وقد يحدث الانسكاب المفصلى فى الركبة عن كسر فى عظم الفخذ ، وربما كان هذا السبب مهملاً لايقيم له الجراحون وزناً . وأكثر ما يكون الخطأ ، هنا ، أيضاً ، اذا كان الكسر تحت السمحاق خالياً من الزيغ تماماً أو تقريباً . ولأذكر لك مثلاً : — تلميذاً تصالبت ساقه مع آخر وهو يلعب بكرة القدم فسقط على الأرض . ففحص عنهُ طبيبه ، وحسب الاصابة التهاباً عارضياً فى الغشاء الزلالى ، وأخذ يعالجه على هذا الزعم . ولما كان المريض يعتريه ألم شديد لايطاق اذا تحرك الطرف حركة خفيفة استدعى طبيبه جراحاً لاستشارته . فوجد أن المفصل ممتلىء بسائل . واتضح بالفحص الدقيق أن الألم الشديد إنما ينشأ عن تحريك الفخذ لا عن تحريك المفصل نفسه . فعملت له صورة بالأشعة واتضح منها أن التلميذ مصاب بكسر تحت السمحاق فى ملتقى الثلثين المتوسط والسفلى من عظم الفخذ لا يصحبهُ شيء من الزيغ

فلتعلم أن كسور عظم الفخذ كثيراً ما يصحبها انسكاب فى مفصل الركبة ، وان هذا الانسكاب ليس دليلاً على امتداد الكسر الى المفصل ، ولا دليلاً على أن المفصل قد نالهُ عنف مستقل

وليس يكفى لصواب الرأى فى التشخيص أن تعرف أن التهاب الغشاء الزلالى فى الركبة ، فى حالة معينة ، قد يعقب الاصابة ، بل لا بد من معرفة طبيعة الاصابة بالدقة ، ومعرفة حالة الركبة قبلها . وليس يتسع المقام لذكر التشخيص التمييزى للاصابات المختلفة ولا لذكر تأثير الظروف السابقة من التهاب مفصلى عظمى وغيره

(ب) العلاج

لعلاج التهاب الغشاء الزلالى العارضى فى الركبة قاعدتان أساسيتان . فأما القاعدة الأولى فهى التغلب على انقفال المفصل اذا وجد ، وأما القاعدة الثانيـة فهي اراحة المفصل المئوف

ازالة الانقفال

نقصد بانقفال المفصل عدم القدرة على بسط الساق من اعتراض قطعة زائغة من الغضروف ، أو جسم سائب بين طرفى عظم الفخذ والقصبة ، أو بين طرفى العظم ومحفظة

المفصل . ولا يمكن أن نصل الى الشفاء إلا بعد ازالة الانفصال إما بطريقة المصادفة ، وإما بطريقة معينة

وقد يحسب أن الانفصال موجود ؛ وليس كذلك ، كأن يكون بالمفصل انسكاب شديد فى التجويف الزلالى ، وحينئذ تتوتر المحفظة وتصير صلبة ، وتنثنى الركبة بطبيعتها لأن التجويف المفصلى يكون أوسع فى هذا الوضع ، فاذا حدث كل ذلك فلا يمكن بسط الساق . ويصونك من الخطأ جس الركبة وأنت تحاول بسط الساق . فالوقف الفجائى فى الركبة الناشئ عن انفصالها يتميز بسهولة من الوقف التدريجى الناشئ عن الانسكاب فى محفظة ملتهبة . هذا الى أن المريض كثيراً ما يمكنه أن يحكم بنفسه واحساسه هل هذا الوقف ناشئ عن اعتراض شيء فى المفصل . ومما يساعد الجراح فى التشخيص دقة تاريخ الاصابة ؛ ففى الانفصال لا يستطيع المصاب بسط ساقه عقب الاصابة مباشرة وقبل حدوث الورم فى الركبة

ولعلاج الانفصال علاجاً مرضياً لا بد من تخدير المصاب وذلك لسببين ؛ أولهما ان العلاج مؤلم بغير مخدر ، وثانيهما سهولة التحقق من ازالة الانفصال

وطريقة العلاج هى ثنى الساق على الفخذ بأقصى ما يمكن لجذب القصبة وعزل السطوح المفصلية ثم ادارة الساق الى الوحشية والأنسية ثم بسط الساق . فاذا لم يتم الرد بهذا العمل تعاد الطريقة بدرجات مختلفة من الانثناء والادارة

ومن الغريب أن هذا الانفصال كثيراً ما يفوت الجراح . ويقول بعضهم انهُ رأى مريضين مصابين بالانفصال فات على الأول منهما شهر ونصف وفات على الثانى ثلاثة أشهر . وزعم أن الانفصال وجد ولم يشتبه فيه ، أو على الأقل لم يحاول المعالج علاجه . وكانت النتيجة أن الانفصال أصبح لا يمكن ازالته إلاَّ بعملية اذا كان من الضرورى استرجاع وظيفة العضو

اراحة العضو

لا بد من الراحة لمفصل الركبة المئوف لعلاجه علاجاً صحيحاً ، ولا بد من تهيئة الراحة ما دام الورم ، وما دامت زيادة الحرارة والعلامات الأخرى الدالة على الالتهاب إلى

أن يستطيع المصاب تحريك المفصل بغير ألم . ونقصد بالراحة التامة امتناع كل الحركات ما عدا ما قد يضطر اليه الجراح من تحريك المفصل المئوف ، من وقت إلى آخر ، لانقاء اليبس والالتصاقات فى المستقبل . لكن الالتصاقات المتعضونة كسائر الأنسجة الالتحامية ، تحتاج إلى وقت معين تتكون فيه ، ومن الصواب عمل ما يلزم من الحركات التى تحول دون حدوثها تحت ملاحظة الجراح نفسه . هذا هو الغرض الاسمى الذى يجب ان يسعى اليه الجراح ، لكن لسوء الحظ ، ليس يستطيع أغلب المرضى إما لضيق المال ، أو لضيق الوقت ، أو لضيق الصدر الوصول الى هذا الغرض ، وعلى ذلك لا تكون الوسائل الباقية كافية شافية .

ويمكن تقسيم المرض والمصابين ، من حيث قدرتهم على الحصول على العلاج المناسب الى ثلاثة أقسام

(١) الذين يستطيعون ملازمة البيت لتهيئة الراحة حتى يتم شفاء الركبة

(٢) والذين هم مضطرون للخروج ، لكنهم يستطيعون الحصول على أجهزة

(٣) وأما القسم الثالث فهم الذين لا يستطيعون البقاء فى بيوتهم ، ولا يستطيعون الحصول على أجهزة

فعلاج القسم الأول بسيط بالنسبة . يبقى المريض فى سريره ، تهيأ الراحة للطرف بثنيه قليلاً حتى يقل الانسكاب وتصير الحرارة السطحية طبعية ، فيبدأ التدليك والحركات

وعلاج القسم الثانى كعلاج القسم الأول نجاحاً على شرط اتمامه للنهاية ، فلتهيئة الراحة لمفصل الركبة ، وللسماح للمصاب أو المريض بالخروج والمشى فى الوقت نفسه لا بد من جهاز خاص يسمى بجبيرة طوماس ذات الملاقط [1] . وللحصول على هذه الجبيرة لا بد من ارسال التفاصيل الآتية الى صانع الأجهزة مع حذاء الطرف المصاب طبعاً

(١) محيط الفخذ فى جزئها العلوى ، و يؤخذ بانحراف

(٢) وطول الطرف من العجان الى اخمص العقب

(٣) ومحيط متوسط الفخذ

---

(١) Thomas's Calliper Splint.

(٤) ومحيط متوسط الساق

(٥) وعمر المريض وجنسه

فاذا أحكم الجهاز ووضع الحذاء فيه أمكن المصاب أن يمشي بغير أن يحرك المفصل المئوف أو يضغطه ، اذ ينقل ثقل الجسم من حدبة الورك وما حولها الى الجبيرة . وعلى المريض أن يمشي والطرف مبعد قليلاً . فان لم يتمكن من المشى هكذا فالجبيرة لا شك قصيرة لا تؤدى الغرض الذى يطلب منها

أما علاج القسم الثالث فغير مرضى . فهم لا يستطيعون الاقامة فى سريرهم ولا يستطيعون الحصول على الجهاز المناسب . وتراهم ينتقلون بعد أن يعمل لهم غلاف من الجبس معتمدين على عكاكيز تحول دون ارتكازهم على العضو المئوف

وكل طرق العلاج الانتقالية — أى التى تعمل ارادة تمكين المصاب من المشى والانتقال — وإن ثبتت المفصل — وقلما تؤدى هذا الغرض — ففيها عيب عظيم ، ذلك أن ثقل الجسم ينتقل مع كل خطوة الى المفصل الملتهب المئوف . ولذلك يطول زمن الشفاء ، ولا يكون كاملاً ؛ لأن أربطة المفصل تتمدد وتضعف ، وقد تظهر تغيرات مفصلية عظمية

وهناك احتياطان جديران بالملاحظة فى اثناء وضع جبيرة الجبس . فأما الاحتياط الأول فهو ضرورة امتداد الجبيرة من حدبة العظم الوركى الى القدم ، وإلا فلا يتم التثبيت . وأما الاحتياط الثانى فهو ضرورة جعل المفصل فى وضع الانثناء الخفيف لأن تثبيت الساق وهى مبسوطة قليلا أو كثيراً متعب جداً للمصاب

وأما الجبائر التى تكون بشكل القوالب من الغوتابركا ولباد البورو بلاستيك فعيبها قصرها . والجبائر الخلفية الخشبية يحسن عدم استعمالها لأنها غير مناسبة وتنزلق بسهولة فلا تثبت المفصل . والجبائر الحديدية اللينة أفضل منها لكنها لا تعادل جبائر الجبس . واذا استعملت الجبائر الخلفية فلا بد من وضع وسادة جيدة فى محاذاة الركبة

وفى الختام أقول إن على الجراح أن يكون حريصاً مواظباً اذا هو أخذ على عاتقه أن يعالج مصاباً بالتهاب طاهر عارضى فى الركبة لاتقاء ما عسى أن يحدث من التلف الدائم للمفصل

(٢) الالتهاب المفصلي غير العارضي الظاهر

لا بد من الاشارة ، ههنا ، الى أحوال معينة قد يدل تاريخها على اصابة لكنها لا تكون السبب الأصلي في حالة المريض. والمعتاد أن يجد الجراح ، اذا تمادى في الاستقراء أن الاصابة التي نالت المفصل خفيفة ، و بعبارة أخرى أن المريض لم يسقط على الأرض وان سقط فالسقطة خفيفة لا تمنعه من النهوض والمشي

الالتهاب المفصلي العظمي

ليس من النادر للمريض بالالتهاب المفصلي العظمي أن يصاب بوثء في ركبته ولعل السبب هو اعتراض قطعة صغيرة من الغشاء الزلالي المتضخم ، أو اعتراض جسم سائب بين السطوح المفصلية وتكون النتيجة امتلاء المفصل بالسائل الزلالي ، وزيادة الحرارة السطحية . وكلاهما مما يعرف بسهولة

وكثيراً ما تهمل الحالة العامة المستترة ، و يعالج المريض خطأً إلا اذا فحص الجراح عنه فحصاً دقيقاً . وكما أسلفنا يكون التاريخ غالباً غامضاً غير بات ، وربما دل على وجود آلام أو أوجاع سابقة . وقد تتضح ، من الجس ، ضخامة الرضفة ، أو وجود زوائد عظمية . فاذا عملت صورة بالأشعة تحققنا من وجود مرض الالتهاب العظمي المفصلي ولاشك أن الاهتداء الى الصواب في التشخيص يوسع لنا مجال العلاج بزيادة الاستقراء عن الأسنان النخرة ، واللوزة العفنة و بؤرات العدوى في مختلف المواضع من الجسم

الناعور [١]

الناعور أو الهيموفيليا من الأمراض التي كثيراً ما يخطىء في تشخيصها الجراح . فقد عالج أحدهم صبياً بزعم انهُ مصاب بدرن في مفصل الركبة ، وكان ورم المفصل ناشئاً عن الهيموفيليا ولم يعرف ذلك المعالج الا بعد اصابة الركبة الثانية

(١) الناعور العرق الذي يسيل دما ولا يرقأ وقد استعملت هذه الكلمة لترجمة Hemophilia.

السركوم

عليك أن تذكر ، أيها الجراح ، أن الانسكاب فى مفصل الركبة قد يكون أول علامة على السركوم فى الطرف السفلى لعظم الفخذ أو الطرف العلوى لعظم القصبة . وقد وجد بوتلن وكولبى [١] أن من ٢٢ مريضًا بالسركوم عولجوا فى مستشفى القديس بارتلميو لا أقل من عشرة منهم كانوا يعالجون لالتهاب فى الغشاء الزلالى المزمن أو تحت الحاد . ويذكر برى الحكاية الآتية : —

سيدة تناهز الثانية والستين من العمر كان يظن أنها مصابة بمرض فى مفصل الركبة وقبل ذلك بسنة تقريبًا شعرت بألم فى ركبتها اليسرى وأعقبه ورم مباشرة . فاستمر الألم وازداد الورم تدريجًا . ولازمت فراشها ثلاثة أشهر كانت تعالج خلالها بالجبائر الخلفية والتثبيت بالمشمع عالجها بذلك ثلاثة أطباء . وكان المرض الحقيقى سركومًا فى الطرف السفلى من عظم الفخذ . فعمل لها البتر . وقد ظهرت أورام ثانوية فى صدرها بعد العملية بسنة بسببها توفيت

مثل هذه الأغلاط يسهل اتقاؤها بصور الأشعة

(٣) الإلتهاب المفصلى العفن

نتكلم تحت هذا العنوان ، على الأمراض المزمنة كالدرن والسفلس ، والالتهابات الحادة

الالتهاب المفصلى الدرنى

التشخيص

لصواب التشخيص فى الالتهاب المفصلى الدرنى فى الدور الأول شأن عظيم ، لأن تثبيت المفصل تثبيتًا كاملاً زمنًا طويلاً ، مع استعمال الوسائل الصحية المناسبة مما يؤدى الى الشفاء التام غالبًا ولا تضر هذه الطريقة فى العلاج ، ولو كان التشخيص خطأً ، هذا الى انها لا تنفع جيب المريض ولا كبرياء الصناعة . ولذلك يحسن أن ننظر فى بعض الأمراض التى قد تلتبس بالالتهاب المفصل الدرنى ، وهى : —

---

(١) Butlin & Colby.

الاسقربوط – من هذه الأمراض الاسقربوط . دعيت ، ذات مرة ، فى استشارة الى طفل ، زعم الطبيب المعالج أنهُ مصاب بالتهاب درنى فى المفصل الفخذى الوركى وكان الطفل فى الثانية من عمره ، نحيف القوام ، وبهِ ألم معين فى المفصل الفخذى الوركى الأيسر . وفى اثناء الفحص اتضح لى أن اللثة منتفخة وبلون أحمر قانىء . وبالاستفهام عن التغذية علمت أن الطفل على الغذاء الصناعى لأنهُ يأبى تناول أى غذاء آخر . ومن ذلك عرفت أنهُ كان مصاباً بالاسقربوط

الهيموفيليا – ومنها الهيموفيليا ، وهى موطن للخطأ . ويعرف هذا المرض بظهور التغيرات المفصلية فى جملة مفاصل . فقد تصاب الركبتان معاً ، وكثيراً ما يكون تاريخ المرض طويلاً ، وإن كان ذلك لا يدل على الهيموفيليا

السفلس – وكذلك السفلس فقد يلتبس بالالتهاب الدرنى المفصلى . ويحكى أحد الجراحين الحكاية الآتية :

كان صبى يحضر الى عيادتى الخارجية ، منذ بضع سنين ، قبل أن تتقدم طرق تشخيص السفلس وعلاجه وكان بهِ جملة اصابات ونواصير فى العظم . أحد هذه النواصير كان واصلاً الى المدور العظيم لعظم الفخذ ولقد زعمت أن هذه الاصابة درنية وكنت أعالجهُ على هذا الزعم . وذات يوم ، إذ كان الصبى جالساً فى إحدى الغرف الجانبية منتظراً دوره للفحص قالت لى الممرضة : « إن الصبى المصاب بالسفلس الخلقى تحت الطلب » فأصغيت لها ، وسألتها لمَ اعتبرته مصاباً بالسفلس الخلقى . فأجابت « إن الأم أخبرتنى أنها اصيبت بالمرض من زوجها قبل ولادة الصبى » ولقد استأصلت رمة أو أكثر من نواصير هذا الصبى ، والرمم ليست كثيرة الوقوع فى درن العظام كما هو معلوم فنسبتها الى عدوى ثانوية . وبعد ذلك عمدت الى علاجه بالعلاج السفلسى ولشد ما كان التأثير غريباً ، ولم يعد عندى أدنى شك أن السفلس إن لم يكن السبب الوحيد فهو السبب الأصلى . وبالإستقراء اتضح لى أن لهذا الصبى أخاً واختاً كلاهما مصاب بنواصير تخرج منها أحياناً قطع رمية فكلاهما مصاب بنواصير فى المرفق الأيسر عدا الاصابات الأخرى ، هذا إلى أن الأخ قد استؤصل له مفصل المرفق وتخلف عن

العملية ناصور دائم . لكن الأخت لم تعمل لها تلك العملية . ولقد تحسنا كثيراً بالعلاج النوعي . ولا شك فى صواب التشخيص فى جميع هذه الأحوال . فقد مضى عليهم جميعاً زمن طويل بغير أن يؤثر فيهم العلاج ، لكنهم تحسنوا جميعاً بعد اخضاعهم للعلاج النوعى – الزئبق و يودور البوتاسيوم

ومن مميزات الالتهاب السفلسى فى المفاصل فى الاطفال عدم وجود الألم بالنسبة لسائر أنواع الالتهابات المفصلية . وقد تكون هذه الميزة غريبة فتلفت النظر وتجعل التشخيص مؤكداً . هذا الى أن الاصابة قد تكون مزدوجة فتصاب الركبتان معاً . ولعدم وجود الألم لا يكون اليبس العضلى من العلامات الأولية كما هى الحال فى الالتهاب المفصلى الدرني . وقد شاهدنا العلامات السفلسية الأخرى ، ولا سيما العيوب المميزة فى الأسنان والالتهاب القرنى الخلالى . ولا تنس الاستعانة باختبار فاسرمان وان لم يكن القياس فيها مطرداً .

و يقول بعضهم ، وقد أشار الى سلسلة كبيرة من أحوال السفلس فى العظام والمفاصل ، وذكر طريقة التمييز بينها و بين الدرن ، إن فائدة اختبار فاسرمان وصور الأشعة ضئيلة فلم توضح صور الاشعة مميزات للتمييز ، على رأيه ، وطالما كان اختبار فاسرمان سلبياً فى حين وجود شواهد أخرى على السفلس ، وفي حين تأثر المرضى بالعلاج السفلسى ، ولا سيما ذلك في السفلس الخلقى المتأخر . و يقول هارولد باروز إن هذا الرأى يتفق وتجاربه الكثيرة فى الالتهاب العظمى الناشىء عن السفلس الخلقى الخراج الاستافيلوكوكى المزمن والسركوم – فى العظام المفصلية لا يلتبس فيهما الجراح فيحسبهما درناً الا نادراً ، ولا شك أن الخطأ يقل كثيراً اذا استعان الجراح ، بطريقة نظامية ، بصور الأشعة ، فى جميع أحوال الاشتباه فى الدرن فى المفاصل

الفصل الثامن والعشرون

الدوالى ، والقيلة المائية ، وأورام الخصية

— الدوالى —

إن العملية التى تعالج بها الدوالى، كسائر العمليات الجراحية السهلة ، موطن لاغلاط وحوادث كثيرة كثرة تجعل الجراح الحكيم أكثر رزانة فلا ينصح بها إلا بعد تدبر وتبصر

لقد سمعت عن كثير من حوادث تغنغر الخصية والسم الدموى عقب هذه العملية

ومما أذكره ، فى أول حياتى بقليوب، أن مريضاً وكان وقتئذ معاون إدارة، ذهب الى أحد مشاهير الجراحين الأجانب لعمل عملية قيلة مائية ودوالى فى إحدى الجهتين ، وبعد العملية بنحو شهر جاءنى هذا المريض يحمل لى خطاباً من جراحه يخبرنى فيه أنه أجرى عملية القيلة والدوالى لحامل الخطاب وأنه يأسف جداً لحدوث مضاعفة نادرة هى تغنغر الخصية فى جهة العملية مما اضطره لاستئصالها، وأنه يرجو أن أتمم له علاج الجرح وألاّ أذكر للمريض حقيقة أمره . وقد فعلت . ولا شك أنها مضاعفة نادرة ولا أذكر أنها صادفتنى . لكن كثيراً ما صادفنى كما صادف غيرى من الجراحين أحوال لم تكن فيها نتيجة العملية مرضية .

ولتعلم أن العفونة إذا دخلت القنوات الوريدية فالعاقبة وخيمة . فقد ذكر أحد الجراحين أنه رأى حالة سم دموى صديدى عقب عملية الدوالى ولحسن الحظ نجا منه المريض وقد كادت تنقطع به أسباب الحياة

أما ضمور الخصية فمضاعفة أخرى قد تشاهد . على أن هذا الضمور قد يوجد قبل العملية اذا كانت الدوالى عظيمة . ويحكى أحد الجراحين أنهُ رأى شاباً بضمور فى الخصية عقب عملية الدوالى ولم تكن ، على رأيهِ عظيمة . ولا شك أن هذا الضمور ينشأ عن إصابة القناة الناقلة أو الشريان ، أو كليهما . وكيفما كان السبب فالضمور ليس نادراً . وقد رأى بعضهم رجلاً مصاباً بعقم بسبب ضمور الخصيتين عقب عملية

دوالى فى الجهتين ، ورأى أيضاً ضموراً فى إحدى الخصيتين وقيلة مائية فى الجهة الأخرى عقب هذه العملية

واست أدرى ماذا حمل الجراح على إجراء العملية فى الجهتين فى هاتين الحالتين فقلما تدعو الحاجة الى مثل ذلك

والقيلة المائية كثيراً ما تعقب عملية الدوالى . واليك حالة غريبة : —

« طلب منى ، ذات مرة ، شاب أن أعمل له عملية للدوالى . ولم تكن الدوالى عظيمة ، ولم تمنعه عن أداء عمله وكان كاتباً . فنصحت له بعدم الرضوخ للعملية . فأجاب :

«الحقيقة هى أنى على وشك الزواج وقد أرغمتنى حماتى على إجراء العملية أولاً» . وعلى ذلك أجريت العمليـــة . ولم يلبث الا قليلاً حتى عاد اليَّ بقيلة مائية ، وهذه أيضاً أضطر الى الخضوع لعمليتها قبل زواجه »

أما سبب ظهور القيلة المائية أحياناً عقب ربط أوردة الحبـــل المنوى فلا أعرفه بالتحقيق . فقد يكون السبب ربط جملة أوردة ، لكن ذلك لا يتفق والواقع بعد عملية الفتق الأربى ، فإنها كثيرة الحدوث عقبها .

وانى غير متعود أن أقطع قطعة من الطبقة الغمدية عقب ربط الأوردة فى عملية الدوالى اتقاء حدوث القيلة المائية . على أن بعض الجراحين يعمل ذلك ، وهو عمل لا بأس به لهذا الغرض .

وقد حدثت النكبة الآتية لأحد الجراحين عقب عملية الدوالى :

أجرى الجراح الشق الاعتيادى ، وجعل أصبعه كمشبك رفع به ما حسبه الحبل المنوى ، وجذبه خارج الجرح ، ووضع ربطتين ، وقطع الأنسجة ما بينهما . ودفع الطرفين الى داخل الجرح ، وأقفله . وقد دعى بعد ذلك الى مريضه لأنه لم يستطع البول وكان فى ألم شديد . ولم تجد القسطرة ؛ لأنهُ لم يستطع ادخالها الى المثانة . و بالاختصار وحذف كل التفاصيل غير الضرورية ، قد اتضح أخيراً أن الجراح ربط القضيب وقطعه

ولا شك أن هذه غلطة شنيعة يخجل الإنسان من تسجيلها ؛ لكن يصح أن تذكر عبرة لمن اعتبر . والدرس الذى على الجراح أن يحفظه منها ألا يهمل فى شيء يحسبه صغيراً بسيطاً فمعظم النار من مستصغر الشرر .

وأهم من ذلك ما هو أكثر وقوعاً من العيوب الصغيرة الشأن التى تحدث فى هذه العملية وهى :

بقاء الدوالى عقب العملية مما يكون عن خطأ لمصلحة المريض ؛ إذ يخشى الجراح أن يربط أوعية كثيرة فيربط أوعية قليلة

ومنها بقاء أثرة التحام مؤلمة . ولاتقاء هذه المضاعفة لا بد من ملاحظة ما يأتى :

(١) فتح الصفاق المنوى[1] وربط الأوردة داخل الصفاق لا خلاله ، ثم اقفاله

(٢) استعمال الكاتجت الدقيق لأنهُ يكفى لسد الأوردة

(٣) اقفال الصفاق الغائر بخياطة مستمرة بالكاتجت الدقيق ، والصفاق الغائر فى هذا الموضع نسيج معين سهل معرفته

ومن المعتاد ، فى هذه العملية ، استئصال قطعة من الضفيرة الوريدية ، ووصل الطرفين وسواء أكان هذا العمل ضرورياً أم لا ، فانى أعتقد أن الغرض منه هو تعليق الخصية لكيلا تتدلى فى صفن مسترخ . وقد يستأصل بعض الجراحين قطعة كبيرة من الأوردة فتعلو الخصية وتبقى أمام عظم العانة بالقرب من فتحة الأربية الظاهرة وتحدث ضيقاً شديداً للمريض

ولعل أكثر ما يحدث من النتائج غير المرضية التى تشاهد عقب عملية الدوالى من الاعتقاد بأن العملية بسيطة فى ميسور غير الخبير من الجراحين عملها . هذا الى ان العملية نفسها ، ولو اتقن عملها ، ليست شفاء تاماً من المرض ، وعلى الجراح أن يتدبر كثيراً قبل البت فى اجرائها

وقبل أن انتقل الى موضوع آخر ، يحسن أن أبدى أن الدوالى قد تكون ، فى بعض الأحوال ، علامة على المرض فى موضع آخر من الجسم . فقد ذكر دافيد ولاس[2] حالة ورم فى الكلية فى مريض عمره خمسون سنة تقريباً ولم يذهب الى الطبيب الا لوجود الدوالى التى كانت آخذة فى النمو بسرعة . وذكر ويت[3] مشاهدة قريبة المشابهة

---

(١) Spermatic fascia.

(٢) David Wallace.

(٣) Sinclair White.

كان ورم الكلية استسقاء كلويًا صديديًا عن حصاة كلوية . ولقد كان لعلاقة الدوالى بالاضطراب الكلوى أحيانًا شأن عظيم يذكره المدرسون من الجراحين للطلبة . ولا يبعد أن يقع غير الحريص فى هذه المصيدة

القيلة المائية

هناك قاعدتان جديرتان بالذكر فى صدر هذا الموضوع

فأما القاعدة الأولى فهى ضرورة تنوير[1] الصفن فى جميع اورام الخصية والطبقة الغمدية

وأما القاعدة الثانية فهى اعتبار القيلة المائية عرضًا لا مرضًا

ويجب أن يكون التنوير كافيًا . فلا تكفى الاضاءة بعود من الثقاب لهذا الغرض وأفضل ما يستعمل مصباح كهربائى نير فى غرفة مظلمة . وما أكثر الأغلاط الناشئة عن اهمال الجراح الاستعانة بهذه الوسيلة

ويروى أحد الجراحين الحكاية الآتية مثالاً لغلطة فظيعة :

«حضر إلى عيادتى الخارجية مريض ، ذات يوم ، وأخبرنى أنهُ شعر منذ زمن طويل بورم كبير فى الجهة اليسرى من الصفن . وقد اعتزم أخيراً على استشارة طبيب . وقد فعل ، فأخبره بعد الفحص عنهُ إنهُ مصاب بورم مائى . وقد حاول الطبيب استخراج السائل فدفع آلة فى الورم ، ووقع فى حيرة وارتباك لعدم خروج أى سائل . فاستخرج الآلة وتحرى طرفها جيداً وشمها . ولم يكد يفعل ذلك حتى ظهرت عليه علامات القلق وأخبرنى انهُ قد عمل غلطة كبيرة خطرة ، ونصحنى بالذهاب الى الفراش مباشرة وملازمته ثم أخبر زوجتى أن تنتظر بلاء قريب الوقوع . وترك الطبيب المنزل . فترقبنا البلاء فلم يقع . وترقبنا الطبيب فلم يعد »

« ولقد مكثت طويلاً فى السرير ، ولما عيل صبرى حضرت الى هذا المستشفى للاستشارة » لقد كان المريض عنده فتق كبير فى الصفن »

ألا يضحك كل جراح يقرأ هذه الحكاية ضحك من يعتقد فى نفسة العصمة ويظن أنهُ بعيد عن الوقوع فى مثل هذه الغلطة ؟ ومع ذلك فقد ترى من مشاهير الجراحين من يزدرى الاعتماد على طريقة الفحص بالتنوير

(١) Transillumination.

أيها الجراح ، لا تقتصر فائدة وجود نصف الشفافية بتنوير الصفن على تشخيص القيلة المائية تشخيصاً قاطعاً فحسب ، بل انك تستطيع أن تتعرف ، على وجهِ التقريب ، حجم الخصية وشكلها ، وموضعها ، وشكل القيلة ، وما إلى ذلك من المعلومات النافعة لأغراض التشخيص والعلاج . وقد لاتطرد هذه القاعدة فى أحوال معينة فى الاطفال

أما كون القيلة المائية عرضاً لا مرضاً فمسألة صحيحة لا ريب فيها رغم ما تعودناه من علاج القيلة الاعتيادية فى الشيوخ من المرضى ومتوسطى العمر كأنها مرض . والذى أريد أن أقوله إن من الخطر العظيم أن يكتفى الجراح بتشخيص « قيلة مائية » و يهمل الفحص عن المرض المستتر فى الخصية ، أو فى القناة الناقلة ، أو الحبل المنوى . فما أفظع ما يعمل الجراح إذا استأصل الطبقة الجدارية من الطبقة الغمدية علاجاً للقيلة غير مدرك الالتهاب البربخى السيلانى أو الدرنى مما يكون سبباً للقيلة

بزل القيلة

و إن يكن بزل القيلة من العمليات السهلة إلا أنها تستدعى بعض الملاحظات .

فمن الضرورى أن تكون قناة الآلة البازلة صغيرة وطرفها الحاد حاداً ، و إلا أحدث البزل ألماً غير ضرورى . و إذا اضطر الجراح الى بزل قيلة مائيه فى طبيب رأيته يهتم بحجم الآلة وحدتها . فلم لا يهتم لغيره بما يهتم به لنفسهِ عملاً بالحكمة المشهورة « حبَّ لغيرك ما تحب لنفسك »

ومن مزايا صغر الآلة، عدا أنها لا تحدث فى المريض ألماً ، أن خطر التلوث والنزف يكون أقل . هذا الى أن صغر الآلة لا يحول دون سيلان السائل بسهولة .

ومن النادر حدوث التقيح بعد البزل و إياك أن تعتمد على ندرة هذا التقيح فتهمل فيما يجب عليك من الاحتياطات الضرورية فى أثناء البزل . ومع ذلك فالتقيح قد يحدث وتكون عاقبته وخيمة . ولا أظن أنى رأيت تقيحاً عقب بزل عمله طبيب ؛ لكنى رأيت أحوالاً كثيرة حدث فيها التقيح ، والغنغرينا فى الصفن والخصية ، والالتهاب الحمرى ، عقب بزل قام بهِ حلاقوا الصحة فى الأرياف .

والنزف أكثر حدوثاً من العفونة ، وقد ينشأ عنه قيلة دموية أو تجمع دموى فى المنسوج الصفنى . ويمكن تقليل خطر النزف باستعمال آلة دقيقة كما أسلفنا ، وباتقاء الأوعية الصفنية ، فى أثناء ادخال الإبرة . وأوعية الصفن مرئية بسهولة . ويقال من قديم الزمن ، إن القيلة الدموية الحادة إنما تنشأ عن إصابة الخصية ، فى أثناء البزل . على أن أحد الجراحين رأى حالة لم يجد فيها جرحاً فى الخصية أو فى البربخ

وقد تدفع الأبرة فى الخصية ، وهى مضاعفـــة يمكن اتقاؤها بمعرفة موضع الخصية بالتنوير وبالابتعاد عن هذا الموضع بابرة البزل ، وبارسالها الى الأنسية فى اتجاه نصف الشفافية . ومن الضرورى دفع الإبرة الى الداخل مسافة طويلة كيفما كان الاتجاه .

أما العملية الشفائية للقيله المائية فتتضمن إما استئصال الورقة الجدارية من الطبقة الغمدية أو قلبها . وقد يرى بعض الجراحين أن يعمل شقاً طويلاً يخرج منهُ كيس القيلة بالخصية، ويشرح الطبقات المختلفة عن كثب[1] . وهى طريقة تزيد العملية طولاً ويكفى أن يعمل شق صغير ثم تبزل القيلة وتنزع الورقة الجدارية من الأنسجة المجاورة

أورام الخصية

إن تشخيص أورام الخصية تشخيصاً تمييزياً من أهم الأشياء للمريض ومن أصعبها على الجراح . وليست الأغلاط نادرة ، وقد تكون مؤلمة محزنة . وسأقص على القارىء سلسلة موجزة من الأغلاط تاركاً له استخلاص ما يمكن أن يستخلصه لنفسه من العظات

التواء الخصية

إن التواء الخصية من الأشياء التى قد تفوت الجراح لندرتها . والرأى المعتمد ، الآن انه ينشأ عن التواء الحبل المنوى ، فى القناة الأربيـــة ، أو فى الصفن ، أعلى مستوى الخصية . ولا أظن أن كتب الجراحة وفت هذا الموضوع حقه ، ولذلك يحسن أن أقول لأغراض التشخيص والعلاج ، أن الالتواء يحدث غالباً داخل اللفة الغمدية ، وأن الذى يرتبك فى الالتواء هو مساريقا الخصية[2]

---

(١) اى من قرب (٢) مساريقا الخصية = Mesorchium

الاصابات السفلسية المتأخرة فى الخصية

قد تلتبس هذه الإصابات بأشياء أخرى ، لكن التقدم فى طرق التشخيص والعلاج فى السفلس قد جعل هذا الالتباس أندر مما كان . واليك مثلاً ، ويرجع تاريخه الى زمن بعيد :

« حضر الى عيادتى الخارجية فى مستشفى سيمان بجرينوتش رجل أخبرنى أنه مصاب بخصية درنية . فسألته كيف عرف طبيعة مرضه فأجاب أنه قد أخرج من الجيش بهذا التشخيص . وقد استأصل جراح الجيش خصيته اليمنى . ولم تكن الخصية اليسرى كبيرة جداً ، لكنها كانت مؤلمة . وكان الجلد الذى يغطيها بلون أحمر قاتم وملتصقاً بها التصاقاً يقرب حدوث ناصور لو تركت الحالة للطبيعة . ولم تكن القناة الناقلة غليظة أو مؤلمة . و بغير عناء فى الفحص اخبرت المريض أن التشخيص قريب من الصواب ، وأن الأفضل له أن يدخل المستشفى . فراجعنى قائلاً ، وكان لمراجعته شىء من التأثير فى نفسى ، ألا تسمح بتجربة العلاج السفلسى لأنى أصبت بالسفلس ، و إنى أتقبل كل شى بالارتياح الا فقدان الخصية الباقية . ولم يكن ليستطيع أن يتناول الزئبق لأنه كان مصاباً بالتهاب كاوى سفلسى مع زلال غزير فى البول ، وكان اذا تناول القليل منه زاد الافراز اللعابى زيادة شديدة . ومع ذلك فقد تحسنت حالته بجرع مناسبة من يودور البوتاسيوم .

الالتهاب السيلانى فى الخصية والبربخ

إن الالتهاب البربخى اكثر حدوثاً فى السيلان من الخصية الناعمة ذات الضخامة العامة المستديرة المصحوبة بقيلة مائية أو غير مصحوبة بها . فاذا صادف الجراح خصية بهذا الشكل فقد يخطئها و يحسبها ورماً خبيثاً أو شيئاً آخر مماثلاً . والذى يصون الجراح عن الخطأ معرفته أن الالتهاب فى الخصية قد يحدث مضاعفة للسيلان ، وفحصه عن الشذرات فى البول ولا بد أن يفحص عن البول ، بطريقة نظامية فى جميع أحوال أورام الخصية فان هذا مما يهدى الجراح الى سواء السبيل

وهذا الكلام ينطبق على الالتهاب البربخى السيلانى . ولطالما جاء الى الجراحين مصابون بهذا الالتهاب عن طريق أطبائهم الذين يرسلونهم على زعم أنهم مصابون بدرن فى البربخ . ولو أنهم كلفوا أنفسهم مشقة الفحص عن البول ، واستقراء التاريخ جيداً لما ضلوا فى تشخيصهم

ويحسن أن أذكر أن الالتهاب البربخى غير الدرنى قد يأتى عقب آفات غير سيلانية وادخال الميكروبات المرضية بالقسطرة مثال لذلك

الالتهاب البربخى الدرنى

كل ما أريد أن أنبه اليه ، ههنا ، هو ما يجب على الطبيب ، وقد تحمل مسئولية علاج مريض ، أن يفكر فى المرض غير قاصر الفكر فى الظواهر الموضعية المحسوسة

الخراج الاستافيلوكوكى

يقول هارولد باروز إنهُ شاهد خراجًا فى جسم الخصية مرتين . وكان الميكروب فى الدفعتين الاستافيلوكوك الصديدى الذهبى[1] . وقد حدث الالتحام سريعًا بعد استخراج الصديد

ولا أدرى كيف وصل الميكروب الى الخصية ، ولعله وصل كما يصل فى العدوى الموضعية بالاستافيلوكوك الذهبي فى العظام ، والكبد ، والأنسجة الأخرى

التهاب الخصية مضاعفة للنكاف

يقول بعض الجراحين إنهُ لم يرَ حادثة من هذا النوع . والقصة الآتية لا تخلو من الفائدة ومغزاها جميل : —

« كان ضابط يعالج ، ذات شتاء ، لنكاف ، وكان هائجًا جداً فلم يستطع طبيبه منعه عن الخروج للنزهة . ولقد دعيت لرؤيته بسبب ما عرض له من الورم فى إحدى خصيتيه ولما كنت عالمًا بعدم انصياعه لأوامر الطبيب حصلت منى غلطة فظيعة لاننى قبل أن

---

(١) Staphylococcus pyogenus Aureus.

اتم الفحص عنهُ بدأت أوبخه لعدم الامتثال للأوامر وافهمه أنهُ هو الجانى على نفسه إذ عرض له مضاعفة للنكاف غير مرضية ، فأجاب بهدوء وسكون : ألا تظن ان كل ذلك ناشيء عن السيلان ؟ فقد مرضت به ولا أزال مريضاً ! »

القيلة الدموية

مر بك الكلام على هذه القيلة ، فى اثناء الكلام على بزل القيلة المائية . وعندى مسألة جديرة بالنظر ، وهى أن القيلة الدموية قد تحدث بغير آفة واضحة فى الخصية ، وبغير أن يكون ، هناك ، تاريخ بآفة . وقد يتسرع الجراح فينحو نحو الورم الخبيث . وليس عندنا ما يصوننا من الخطأ إلا الشكل المميز

والآلة البازلة اذا دفعت فى كيس دموى أو ورم سركومى قد تخرج شيئاً من الدم لكن الدم الخارج من السركوم قد يحتوى على خلايا سركومية على ما يتضح بالفحص المجهرى . أما الدم من القيلة الدموية فيكون متغير اللون إلاّ أن تكون القيلة حديثة



الفصل التاسع والعشرون

الأوعية الدموية

(أ) الشرايين

التشخيص

النزف من الحوادث الشائعة عقب الجرح الشريانى حتى أنهُ ليخشى أن يغتصب كل ميدان الخطورة التشخيصية لكنهُ قد لا يكون من الخواص الضرورية . فقد يجرح الشريان بغير أن يحدث فقد دموى محسوس أو ظاهر ؛ إذ تنسد قناة الشريان انسداداً كاملاً بجلطة ، وأكثر ما يحدث ذلك اذا كان قطع الشريان كاملاً . وقد يكون ذلك عن فتح الوريد المجاور فيدخل الدم الخارج من الشريان، عند كل نبضة، إلى الوريد المفتوح المجاور، واصلاً الى الدورة الدموية ، وقد يتسرب الدم فى تجويف البلورا ، أو غيره من تجاويف الجسم الكبيرة فلا يظهر . من ذلك تتضح خطورة الوسائل التشخيصية الأخرى ، وأهم هذه الوسائل النبض فى موضع الإصابة . إذ يسمع نفخ سستولى فى مسير الشريان المئوف ، على شرط اتخاذ بعض الاحتياطات ، أما اذا سمع النفخ السستولى وصحبه النفخ الدياستولى فذلك دليل ارتباك الشريان والوريد ودليل على أن الدم يخرج من الشريان فيدخل فى الوريد ؛ وهو دليل نافع ، لأن النزف بشكليه الأولى والثانوى لا يظهر . ولكن استعمال المسماع لا يخلو من الخدع . فالضغط بالمسماع على الشريان السليم نفسه ، إن لم يكن برفق ، قد يحدث نفخاً سستولياً. وأخص ما يكون ذلك فى مبدأ العنق. واعوجاج الجدار الشريانى مما يحدث عن زيغ العظم فى موضع الاصابة قد يحدث نفخاً سستولياً . فقد رأى أحد الجراحين كسراً فى عظم العضد مصحوباً بانخفاض فى النبض الكعبرى ومسموعاً فيه نفخ سستولى واضح على الشريان العضدى مما جعل الجراح يعتقد بوجود آفة فى الشريان . فلما عمل جهاز الشد للكسر عاد النبض الكعبرى وزال النفخ

ولا تنسَ أن النفخ المستولى كثيراً ما يسمع فى أحوال الأنيميا على الشرايين الكبيرة . ووجود النفخ فى جملة شرايين مما يميزه من النفخ الذى يسمع فى الإصابات . أما نفخ مرض الأبهر[1] فقلما يدعو الى الالتباس ، وهذا النفخ قد يسير فى الشرايين السباتية فيسمع بوضع المسماع على أى جزء من الجمجمة .

أما عدم وجود أى نفخ أو نبض فى مستوى الجرح، مع عدم وجود النبض الدائرى فغاية فى الشأن للدلالة على انسداد الشريان انسداداً كاملاً بجلطة . واذا لم يظهر نزف خارجي فآفة الشريان لا تحتاج الى علاجها بعملية لأنها تكون جافة صامتة

النزف الثانوى

كثيراً ما تنسى أهمية النزف الثانوى فتكون عواقب النسيان محزنة، ولذلك كان من الضرورى أن أقول لك عنهُ شيئًا موجزاً . وأهم ما أقوله إن ظهور الدم الشريانى فى الضمادات (الغيارات) التى على الجرح ، مهما كان يسيراً ، لا بد أن يعنى به الجراح ولا يهمل أمره الا إذا أقنع نفسه أن الدم من الأزرار اللحمية ، أو أقنع نفسه بعدم وجود جرح شريانى خطير . وآية العناية بهذا النزف فتح الجرح وعلاج موضع النزف والأمثلة كثيرة لاغفال النزف الثانوى اليسير المتكرر بعواقب مؤلمة . فأهمية النزف الثانوى فى النزف لا فى مقداره

نسمع أحيانًا بما يسمى « بالنضح او النزف الشعرى » ، وقد تنسب الوفاة الى هذا النزف . ولزيادة الإيضاح أبدى أن مريضاً بترت ساقه مثلاً فحدث عنده نزف من الأزرار اللحمية من نقط مختلفة . واذا فحصت عن الدم النازف وجدته أحمر ناصعاً ، ووجدت أنه مستمر أو متقطع . فالسبب على الأغلب وجود نضح من شريان على بعد قيراط أو أكثر من سطح الجرح . ففى هذا « النزف الشعرى » يلزم الفحص عن الشريان النازف وضبطه

---

(١) شريان الاورطى

العلاج

وقف النزف وقفًا مؤقتًا – يوصي القوم عادة باستعمال الرباط الضاغط[١] لوقف النزف الشرياني وقفًا مؤقتًا . وان يكن الرباط الضاغط من الأدوات التي لا يمكن الاستغناء عنها أحيانًا إلا أنهُ من الوسائل الوحشية القاسية التي لا تصلح لوقف النزف في اكثر الأحوال . ارجع الى الطبيعة تر أن طريقتها لوقف النزف من جرح شرياني هي تضييق الوعاء وتجميد الدم . فخاطة الدم اذا تكونت حالت دون سيلانهِ فإذا وفقنا الى حبسه ساعدنا الطبيعة في عملها مما يتم باقفال الجرح الخارجي أو بضغطه . واذا كان طريق الجرح منحرفًا فإن تخفيض الضغط يكفي لوقف النزف ، أما اذا كان طريق الجرح عموديًا على مستوى الجلد فيمكن جعله منحرفًا بازاحة الجلد أو ادارة الطرف

ولا بد من استعمال الرباط الضاغط أحيانًا كما إذا كان هناك كسر مضاعف ، ووقتئذ يحسن اعطاء المصاب حقنة من المورفين وكتابة مذكرة صغيرة يستصحبها المصاب معهُ أينما ذهب أو أرسل يكتب فيها ، أولاً ، ساعة وضع الرباط الضاغط بالضبط ، وثانيًا ، مقدار المورفين وساعة اعطائه .

وهذه التفاصيل ضرورية لأن الرباط الضاغط قد وضع ، في أحوال ، لوقف النزف ثم أهمل فحدثت الغنغرينا ، ولأن الذين يصابون بالنزف الحديث هم أقرب تأثرًا بالمورفين منهم في حالتهم الطبيعية ولا يبعد أن تقضي عليهم الحقنة الثانية اذا لم يعرف مقدار الحقنة الأولى وساعة اعطائها .

والمصاب بنزف غزير عمل له شيء من الوسائل الوقتية لا يصح أن تعمل له عملية جراحية إلا بعد زوال دور الهبوط . ويحسن العمل على تحسين حالته بالتدفئة واعطائه السوائل والمورفين ، وقد ينفعه الحقن بالدم بعد اختبار الجواد[٢]

---

(١) الرباط الضاغط ترجمة Tourniquet.

(٢) الجواد هو السخي وقد استعملت هذه الكلمة لترجمة لفظة Donor. بالانكليزية وهو واهب بعض دمه الى غيره

قطع الشريان المقطوع قطعاً جزئياً – المعتاد أن الشريان الذى يقطع قطعاً كاملاً لا يكون منبعاً للنزف الثانوى . أما الشرايين المقطوعة قطعاً جزئياً فأصل الخطر . ومعرفتك هذه القاعدة قد تنفعك فى علاج بعض أحوال معينة كأن يصاب الإنسان بكسر فى الفك الأسفل مضاعف بجرح فى الوجه أعقبه نزف ثانوى من الشريان السنى الأسفل حيث يكون فى قناته العظمية . فربط هـذا الوعاء ليس أمراً سهلاً ولا ضرورياً .

وكذلك تنفع معرفة هذه القاعدة فى بعض الجروح الغائرة فى الفخذ حيث يصعب أو يستحيل تقريباً الكشف عن موضع النزف بغير اتلاف الطرف اتلافاً غير مبرور . فخير ما يعمل لهذا النزف الذى يكون غالباً من فرع عضلى هو قطع مستعرض خلال العضلة من فوق الموضع الذى يظن أن النزف منه .

ومع ذلك فهذه الطريقة محدودة الاستعمال ، لأن الطريقة المثلى لعلاج آفات الشرايين هى الربط . وللربط صعوبات وخيبة جديرة بالاعتبار

ربط الشريان

من أوليات الجراحة المعروفة منذ زمن طويل الكشف عن الوعاء النازف وربطه وهى من الأوليات الصحيحة . فاذا قررنا ، لسبب ما ، أن نربط الشريان بعيداً عن موضع اصابته فقد نضل لوجوه . فقد يربط وعاء آخر ، وقد يربط الشريان الرئيس فى الطرف وقد نضطر الى البتر بسبب الغنغرينا الحادثة فنجد أن النزف لم يكن من الوعاء الأصلى لكنه من الفروع . وفى متحف كلية الجراحين الملكية بلندن نموذج ربطت فيه الأوعية الفخذية السطحية لنزف مأبضى . والنموذج يوضح أن النزف كان من الوريد المأبضى لا من الشريان .

ومع ذلك فليس من السهل دائماً الكشف عن موضع الاصابة فى الشريان لربطه فى موضعها وهذا مما يدعو الى ربطه أعلاها . فليس يستطيع الجراح ، مثلاً ، الكشف عن الجزء الثالث من الشريان اللسانى – وهو موضع متكرر للنزف – ومن حسن الحظ

أن ربط الشريان اللسانى فى جزئيه الأول أو الثانى سهل ، وأن ربطه يكفى لوقف النزف . وكذلك ربط الشريان السباتى الظاهر يكفى لوقف النزف من فروع الشريان الصدغى الفكى . فليس من حسن الجراحة ، فى هذه المواضع محاولة ربط الشريان فى مكان الإصابة .

واتعلم أن من المستحيل ، غالبًا ، فى جروح الجزء العلوى من الوجه والعنق ، أن تعرف بالطرق الاكلينيكية ، وتكشف بالتشريح الجراحي عن الوعاء المعين المثوف لربطه ، مما يضطرنا الى الالتجاء الى ربط الشريان السباتى الظاهر . وما الجراح فى ربطه الوعاء بعيداً عن موضع الاصابة إلّا كمستعمل البندقية يرمى عن بعد على هدف يرجو إصابته ، وأنت عليم أن البندقية قد تنفع اذا فشلت الأسلحة التى تستعمل عن قرب ، ومن قواعد الجراحة أن خير الوسائل أكثرها نجاحًا

الخيبة بعد الربط

إن لربط الأوعية ، على بساطته كما يخيل للانسان ، عيوبًا من المفيد ذكرها ، وهى :

(١) استئناف النزف بعد الربط — ولرجوع النزف بعد الربط أسباب كثيرة : منها ربط وعاء آخر غير النازف ، وربط أحد وعاءين نازفين وترك الوعاء الآخر ، ومنها وأكثرها شيوعًا التقرح العفن وانثقاب الجدار الشريانى فى موضع الربط . ولاتقاء ذلك فى الجروح العفنة يحسن قطع الشريان المثوف بين ربطتين ، وتصفية الجرح إن أمكن ولا شك أن الخطر يكون يسيراً اذا ترك الجرح مفتوحًا . فالشريان المربوط فى مسيره فى جرح عفن مقفل أقرب للنزف منه اذا كان مربوطًا بعد قطعه والجرح مفتوح .

ومن المهم جداً اتقاء اصابة الجدار الشريانى فى جميع أحوال الربط الشريانى سواء أكان الجرح عفنًا أم لا ، فمن الخطأ ربط الشريان ربطًا محكمًا يمزق جميع طبقات الجدار الشريانى ما عدا الطبقة الظاهرة لأنها لا تقوى على مقاومة نبضات ، وان شئت فقل طرقات ، الشريان الكبير ، ومن السهل أن يفهم الانسان لم يلين الشريان لهذا الطرق فيحدث النزف ولو لم يكن الجرح عفنًا . وكل ما يلزم لجودة الربط هو تقريب

الجدر الوعائية وتلامسها بغير تلفها ، وهو مما يصعب عمله الا بوقف النبضات بضبط الشريان من الجهة القلبية في أثناء الربط

وقد يكون رجوع النزف بعد الربط من فشلنا فى سد الشريان ، كأن يكون الربط بخيط الكاتجت لأنه زلق ، فقد تسترخى اللفة الأولى من الربط قبل عمل اللفة الثانية اذا كان نبض الشريان قويا ، وبذلك يبقى مجراه واسعاً غير مسدود . والتغلب على هذه الصعوبة يلزم وقف النبض فى أثناء الربط .

ومن الأسباب الأخرى لتجدد النزف بعد الربط (أ) انزلاق ربطة مسترخية بعد قطع الشريان وانكماشه ، (ب) وقطع أطراف الربطة قريباً من العقدة فتنحل ، وأكثر مواد الربط خيانة الكاتجت فلتقطع أطرافه طويلة دائماً ، (ج) وامتصاص الربطة امتصاصاً سريعاً قبل الأوان اذا كان الربط بالكاتجت غير المعالج بالكروم

(٢) متاعب امتداد الجلطة عقب الربط – من المتاعب التى يواجهها الجراح معرفته الى أين تمتد الجلطة فى الشريان من الجهتين القلبية والدائرية . ويقول أحد الجراحين إنه ربط الشريان السباتى الأيمن ، ذات مرة ، على بعد ثلاثة أرباع القيراط من منبته ، وفى اليوم التالى ، وجد انسداداً كاملاً فى الشريان تحت الترقوة الأيمن ، ولعله من امتداد الجلطة الدموية الى الناحية القلبية

وهناك حادثة أفظع يحكيها الجراح نفسه ، وهى أنه ربط الشريان السباتى الظاهر الأيمن في مصاب بجرح نارى . وكان الربط فى الموضع القياسى للربط أى ما بين منبت الشريان الدرقى العلوى والشريان اللسانى. وفى اليوم التالى ظهر عند المصاب شلل فى الجانب الأيسر وبدا عليه سبات ثم مات . وبتشريح الجثة اتضح أن الجلطة الدموية قد امتدت الى الناحية القلبية من الربط فى الشريان السباتى الظاهر حتى وصلت الى الشريان السباتى المشترك ومنهـا انفصلت قطعة سدادة ودخلت فى الشريان المخى المتوسط . ويقول هذا الجراح إنه لم يربط الشريان ، بعـد ذلك ، الا أعلى منبت الشريان اللساني ولو اقتضى ذلك ربط الشريان الاخير على انفراد .

وقد ذكر لجارس[١] فى كتابه الاسعاف الجراحي حكاية قريبة المشابهة

(١) Lejars.

(٣) الحوادث الناشئة عن الحرمان من الغذاء الدموى

نتكلم، تحت هذا العنوان، على الاسكيميا[1] والغنغرينا

اسكيميا العضد أو الساق — تحدث هذه الاسكيميا عقب ربط الشريان الرئيسى كثيراً، وتسهل معرفتها بالشلل اليابس، واليبس المميز فى العضلات مما يحس بالجس، وفقد الاحساس فقداً دائرياً بشكل القفاز. ولا يصعب التشخيص إلاَّ فى الأحوال التى ينحصر فيهـا التغيير العضلى فى القدم أو فى اليد حيث يحسب التشخيص « عدم قدرة فى الوظيفة » فاذا كانت اليد مصابة فالأصابع ترى يابسة، ولا يمكن بسطها فى محاذاة المفاصل السلامية المشطية ولا ثنيها فى المفاصل السلامية، ومع هذا كله لا يشاهد شلل فى عضلات الساعد

والعضلات المصابة بالاسكيميا لا تتحمل الاعتداء الميكروبى فلتلاحظ

اسكيميا المخ

قد تحدث عقب ربط الشريان الذى لا اسم له، والشريان السباتى المشترك، والشريان السباتى الباطن. واكثر ما تشاهد عقب ربط الشريان السباتى الباطن. ويقول هارولد باروز انهُ لا يذكر مصاباً واحداً عمل له ربط فى الشريان السباتى الباطن فى اثناء الحرب الكبرى، بسبب جرح نارى، ولم يعقب هذا الربط شلل فى الجانب الآخر من الجسم، ووضوح هذا الشلل، على الأخص، فى اليد لكن اذا ربط الشريان السباتى المشترك أولاً، ثم ربط بعده باسبوعين تقريباً الشريان السباتى الباطن، كما يحدث فى علاج الانيورزم الصدغى أو الوتدى الناشىء عن اصابة كسرت الجمجمة فخطر الاسكيميا المخيـة عقب ربط الشريان السباتى الباطن تكون أقل؛ مما يقتضى اتباع هذه الطريقة بقدر الامكان. ومن الوسائل الواقية أو المخففة الحقن بالدم قبل العملية، وربط الوريد الوداجى، وتخفيض رأس المصاب فى اثناء العملية وبعدها. وربما أفاد الحقن بالسترات فى تعطيل امتداد الجلطة فى الناحية الدائرية من الربط

---

(١) Ischæmia.

الغنغرينا

للغنغرينا التى تحدث عقب ربط الشريان نوعان . فالنوع الأول هو ما يحدث عن الاعتداء الميكروبى الحاد على العضلات والأنسجة الأخرى مما يتيسر بالحرمان من الغذاء الدموى . والنوع الثانى هو ما يحدث عن الانيميا فقط . ولا بد من التمييز بين النوعين . فالأول يقتضى العملية مباشرة والنوع الثانى يقتضى الانتظار حتى يتحدد الفاصل ما بين الأنسجة المتغنغرة والأنسجة الحية

وعليك أيها الجراح ، أن تذكر فى اثناء عملك البتر فى الغنغرينا الناشئة عن الانيميا أن الأنسجة أعلى الغنغرينا قد تكون مصابة بالاسكيميا لا تصلح لتكوين العص منها . وهى حقيقة جديرة بالملاحظة

ومن المهم أن نعرف بأقرب ما يمكن أحادثة الغنغرينا عقب الانسداد الشريانى أم لا . ويمكن التنبؤ بحدوثها من الشحوب المستمر فى لون الطرف ، والبرودة ، وفقد النبض الدائرى ؛ لأنها من علامات الغنغرينا الناشئة عن الانيميا . ولتعلم أن الطرف الذى ربط شريانه الأصلى حديثًا يكون غالبًا أدفأ بالجس من صنوه ، وهو خلاف مايذكر

وكلتا الاسكيميا والغنغرينا اكثر حدوثًا عقب انسداد شرايين معينة . فمواضع الخطر عقب الربط ، فى الطرف العلوى ، هى الجزء السفلى من الشريان الابطى ، والجزء العلوى والسفلى من الشريان العضدى . أما مواضع الخطر فى الطرف السفلى فهى الشريان الفخذى المشترك والشريان المأبضى . ولا يخفى أن هناك عوامل أخرى مساعدة كحالة المريض من حيث الصدمة والانيميا ، وحالة الدورة الجانبية ، وهل هى متأثرة بجرح أو بالانضغاط من تجمع دموى منتشر

وللوضع شأن فى إحداث الغنغرينا والاسكيميا . فاذا ربط الشريان الفخذى المشترك ، مثلاً وبقى المريض مستلقيًا على ظهره تعطلت الدورة الجانبية خلال الشرايين الأليية والوركية ، ولا ندرى أيكون بسط الطرف السفلى أنسب وضع له لسهولة الدورة أم لا . ويعتقد بعضهم أن ربط الوريد المجاور للشريان يساعد على اتقاء الغنغرينا

عقب ربط الشريان الأصلي . لكن لا يحسن اتباع ذلك بصفة نظامية ؛ لأن ربط الوريد الأصلي في الطرف السفلي كثيراً ما يعقبه شيء دائم من عدم القدرة وعدم الراحة مما يقتضي التنحي عن ربطه بقدر الامكان

أما في حالة الشريان الفخذي السطحي فليس من الضروري ربط الوريد لأنه لا يخشى من الغنغرينا أو الاسكيميا على شرط أن يكون المريض شاباً سليم البنية سليم الدورة الجانبية . وربما كان من السهل الحصول على ما لربط الوريد من الفائدة بوسائل أخرى كتخفيض الطرف أو عمل رباط حلقي ضاغط ضغطاً خفيفاً لعوق رجوع الدم الوريدي

(٤) تلف الانسجة المجاورة من التهاون في اثناء ربط الشريان

لعل هذا آخر أسباب الحوادث المحزنة التي تعقب ربط الشرايين . وإني وإن كنت رأيت العصب الرئوي المعدي وهو يندمج في ربط الشريان السباتي المشترك ورأيت البلعوم وقد ثقب في اثناء الكشف عن السباتي الظاهر إلا أن أفظع الحوادث ما رأيت إذ رأيت الشريان السباتي المشترك وهو يجرح في اثناء ربط الشريان السباتي الظاهر . لقد رأيت هذه الحادثة ، ثلاث دفعات ، من ثلاثة جراحين . وكان السبب واحداً في الجميع . كانت الاصابة في المرضى الثلاثة جروحاً نارية في العنق والوجه مصحوبة بكسر في الفك السفلي . وأنت عليم أن العضلات الرافعة للفك السفلي مدغمة تماماً في الفرع الصاعد ، وإن العضلات الخافضة مدغمة في الفرع الافقي . فاذا انفصل الفرع الافقي من الفك من الفرع الصاعد بكسر انخفض مقدم الفك بالحنجرة الى جهة الصدر انخفاضاً يقدر بقيراط ونصف تقريباً

ولما أن الجراح يرجو أن يجد تفرع السباتي في محاذاة الحافة العليا للغضروف الدرقي تراه يعمل الشق منخفضاً جداً في العنق ، وهو لا يدرك أن العلاقات التشريحية قد تغيرت وصارت غير طبيعية ، ثم يبحث الى الأعلى والأعلى ، ولا يجد التفرع إلا وقد أعياه التعب فيسرع بعمل الربط ، قبل توضيح الشريان تماماً أو قبل التحقق من

الشريان الدرقى العلوى ، فيدفع ابرة الانيورزم لتحقن الشريان فيثقب الشريان السباتى الباطن بالقرب من منبته

أيها القارىء العظيم ، قد يلوح لك ، وأنت مطمئن على كرسيك تقرأ هذا الكتاب ، أن هؤلاء الجراحين خليقون بالملامة جديرون بالتوبيخ على ما حدث منهم ، ولكنك إذا ذكرت أن المصاب الذى يضطر الجراح الى ربط شريانه السباتى لوقف نزف غزير من جرح نارى انما يعمل له ما يعمل والمنية ناشبة أظفارها فيه تقريباً ، واذا ذكرت أن حالة الاسعاف وضرورة التعجيل بهِ انما تقتضى على الجراح أن يقوم بالاسعاف ولما يستكمل كل الظروف المناسبة لجودة العمل ، فاذا ذكرت كل ذلك قلت مع القائل :

والناس يلحون[1] الطبيب وانما غلط الطبيب اصابة الأقدار

أو قلت مع الآخر :

أما العليل فان حانت منيته تاه الطبيب وخانته العقاقير

الغنغرينا والسكر فى البول

ويحسن ، قبل أن أترك موضوع جراحة الشرايين ، أن أشير الى ما هو عالق فى ذهن بعضهم من أن المريض المصاب بغنغرينا اذا وجد سكر فى بوله كان مصاباً بالبوال السكرى[2]. فلتعلم أن الغنغرينا عن أى سبب قد تحدث سكراً فى البول أو بولاً سكرياً . بل ان الجمرة الكبيرة المتغنغرة قد يصحبها بول سكرى . فعلى الجراح ألاَّ يهتم كثيراً بالسكر ولا يقيم لهُ وزناً . وعليه أن يعتمد الاعتماد كله على وجود الاسيتون وحامض الدياستيك فى البول . فاذا لم يكن المريض مصاباً بالبوال السكرى فقد يذهب السكر بزوال الغنغرينا . أما اذا كان مصاباً بالبوال السكرى فمن الضرورى العمل على ازالة الدياستيك من البول باعطاء الغذاء النشوى السكرى ، اذا كان ذلك ممكناً لتقليل خطر الكوما عقب العملية . والانسولين من أحسن الوسائل التى تستعمل فى هذه الظروف

---

(١) لحى أى لام وسب وعاب (٢) استعملت البوال السكرى لترجمة Diabetes Mellitus. وهو المرض الذى يكثر فيه البول ، ويكون البول فيه سكر واستعملت البول السكرى لترجمة Glycosuria. وهو وجود السكر فى البول

(ب) الأوردة

ومن الحوادث الكارثة فى الجراحة حسبك النزف فى الجرح شريانيًا وهو وريدى فى الواقع . وأحسن مثال لذلك نموذج فى متحف كلية الجراحين الملكية يوضح لك ما أريد . كان النزف من جرح فى الوريد المأبضى فحسبه الجراح من الشريان فعمد الى ربط الشريان الفخذى السطحي والوريد الفخذى وهما فى قناة هنتر . فمات المريض فلو أن الجراح وصل الى حقيقة النزف لعالجه فى موضعه بغير عملية بقليل من الضغط وربما طالت حياة المريض . وهذا ما يدعونا الى الكلام فى التشخيص التمييزى بين النزف الشريانى والوريدى

علينا للتمييز أن نلاحظ : —

(١) لون الدم المنزوف أو السائل

(٢) طريقة النزف

(٣) مقدار ما يلزم من الضغط الخارجي لوقفه

وانهُ وان تكن هذه الفروق أساسية ضرورية للتمييز إلاَّ أن هناك مواضع للخطأ وما اكثر من ماتوا ، فى الحرب العظمى ، من تناسى بعضهم هذه المسائل الأولية

(١) لون الدم المنزوف أو السائل — إن لم يكن المصاب مصابًا بالسيانوز ، فلون الدم الشريانى السائل منه يختلف عن لون الدم الوريدى اختلافًا يمكّن الجراح البسيط من تمييز النزف أهو شرياني أم وريدى . نعم يستطيع الجراح أن يميزه ، على شرط أن يكون النزف حديثًا . فلو انقطع سيلان الدم وبقى شىءٌ منه على الضمادة أو على ملابس المصاب لتمكن الجراح من معرفة أصله . فاذا تركنا السيانوز جانبًا ، وكذلك تركنا الدورة الرئوية حيث يكون فيها الدم الشرياني وريدي اللون والدم الوريدى شريانى اللون فليس هناك مجال للخطأ إلاّ أن يكون الدم السائل من الجرح سائلاً من شريان ووريد . وقلما يصادف ذلك . وإن صادف فمن السهل معرفة الدم الشريانى إذ بقليل من الضغط الخارجي يقف النزف الوريدى

(٢) طريقة النزف فى الجرح – اذا جرح شريان فى جرح رأيت الدم وهو يثج فى نبضات متفقة ونبضات القلب . وهذا هو ما يحدث فى الجرح الوخزى الصغير اذا كان الشريان المئوف قريبًا من فتحة الجلد ، أما اذا كان الشريان المئوف غائراً ، ولا سيما ذلك اذا كان الجرح الجلدى صغيراً ، والطريق خلال العضلات والصفاق منحرفًا فقلما تتضح نبضات النزف . وهنا موضع للزلل . فطالما رأيت الطبيب يحسب مثل هذا النزف الشريانى وريديًا معتمداً على عدم النبضات فى السيلان متجاهلاً لون الدم . فالملاحظة جديرة بالملاحظة

على أن النزف الوريدى قد يكون سيلانه متذبذبًا . ولتعلم أن التذبذب الذى يشاهد فى النزف الوريدى ولا سيما ذلك فى اصابات مبدأ العنق متفق وحركات التنفس وهذا ما يميز نبضات الدم الشريانى من تموجات الدم الوريدى . ويحسن أن أذكر أن الدم الوريدى قد يسيل فى دفعات متفقة والنبض . فهذه الدفعات تختلف عن نبضات الدم الشريانى بكونها تقطعات فى السيلان الخفيف . وقد لاحظ جون هنتر هذه الملاحظة وحاول الوقوف على سببها ، وللأسف لم يهتم بها القوم من بعده ، وان كنت اعتقد انها كثيراً ما تمر على الجراحين العاملين . ويكون السيلان على هذا الشكل فى أوردة المخ والقدم ؛ ولعل السبب فيهما واحد

(٣) مقدار ما يلزم من الضغط الخارجى لوقف النزف

من وسائل التمييز أن الضغط الخارجي الخفيف يقف الدم الوريدى . ولكن النزف الشرياني من وخز فى شريان فى جرح يكون طريقه خلال العضلات والأنسجة منحرفا لا يقتضى الا ضغطاً خفيفًا لوقفه وقفًا مؤقتًا . على أن الضغط الخارجي إذا استمر زمنًا يكفى لتجمد الدم فى الجرح الوريدى وقف النزف الوريدى وقفًا دائمًا على غير ماهى الحال فى النزف الشريانى

ويفيدك كثيراً فى علاج النزف الوريدى أن تعرف أن تجمد الدم يحتاج الى وقت اذن لا تلطم الجرح لطمًا متكرراً بالاسفنجة لوقف النزف ، وواظب على الضغط مهلة خمس دقائق أو اكثر قليلاً عدًّا بالساعة

ولهذه القاعدة فوائد كثيرة اذا أحسنت تطبيقها . ولأضرب لك ، مثلاً ، الرعاف فاني لم أرَ حالة لم ينفع فيها ضغط جناحي الأنف على حاجزه لوقف الرعاف ، على شرط الاستمرار بالضغط مدة ست دقائق عداً بالساعة . فاذا عرفت ما في حشو الخياشيم الخلفية من المشقة للجراح ، ومن الألم للمريض ، ومن الخطر لما يحدث من المضاعفات كالالتهاب الحاد في الأذن المتوسطة وكامتداد العدوى الى الجيوب الأنفية ، فاذا عرفت كل ذلك عرفت ما لهذه الطريقة البسيطة من الفائدة الجليلة

واليك مثلاً آخر لتطبيق هذه القاعدة بفائدة عظيمة : الورم النازف إذا اتضح في أثناء العملية انه اكبر من أن يستأصل . فانه يحسن ، لنجاة المريض من الألم عقب العملية ومن تقرح الورم في المستقبل ، أن تقف النزف بالضغط المستمر مدة خمس دقائق أو ست ، ثم تقفل الشقوق الصفاقية والجلدية تماماً . فعملك هذا خير من ضغطك بالدسام الذي يقتضي إزالته مما يقتضي بقاء الجرح مفتوحاً

سدادة التخثر [1]

تجمد الدم في أوردة ميدان العملية مما كان يعقبه سدادة رئوية أو قلبية من المضاعفات التي قل حدوثها في الجراحة العصرية بسبب تقدم الفن فمما لا شك فيه أن هذا التخثر إنما كان يقوم غالباً على العفونة . ولا أنسى أن أذكر أن للغذاء اللبني الذي كان الغذاء بعد العمليات بل كان من خواص العلاج بعد العمليات شأناً عظيماً في تجميد الدم وتكوين الجلط . ولا ريب أن ليسر الغذاء بعد العملية أي للتساهل في تغذية المريض بما يشاء من مختلف الطعام ، في أثناء العلاج بعد العمليات ، أن لذلك تأثيراً عظيماً في تقليل خطر السدادات القلبية والرئوية .

الالتهاب الوريدي العفن

إذا عرفت أن أهم سبب للوفاة عقب جروح الأطراف، في المستشفيات البريطانية في ميدان الحرب بفرنسة في أثنـــاء الحرب العظمى ، هو الالتهاب الوريدي العفن بمضاعفاته، اذا عرفت ذلك عرفت أهمية هذا الموضوع للجراح . ومن الغريب أن يكون

---

(١) Thrombotic Eomblism

الظلام مخيماً فى ميدان البصر الطبى للآن في هذا الموضوع . لأنك اذا فحصت عن الكتب الجراحية التى تدفقت من ينبوع الحرب العظمى فقلما تجد فيها شرحاً وافياً لعدوى الأوردة . والأغرب أن يكون هــذا العيب قائماً فى السلم قيامه فى الحرب . ولِمَ ذلك ياترى ؟

ذلك لأنهُ وإن تكن التحريات المرضية عقب الوفاة بتشريح الجثة طويلة دقيقة يقصد منها الطبيب الى معرفة حالة الأحشاء والأعضاء الرئيسة معرفة دقيقة بالعين العارية إلا أنها تقتصر على هذه الأعضاء فحسب ولا تتضمن البحث الدقيق فى الأنسجة المجاورة للبؤرة العفنة .

ولهذا السبب تبقى الخواص الاكلينيكية للالتهاب الوريدى العفن سراً مكتوماً على الأطباء . ولست أنكر عناية القوم بالتخثر العفن من حيث علاقته بأمراض الرحم والأذن المتوسطة ، وما هنالك من الأسباب الخاصة التي حالت دون انتشار الفائدة العملية من هذه العناية بين الأطباء عامة . ولنحسب أن الوريد الفخذى المشترك قد تلوث ، فإياك أن تظن أنك تستطيع أن تتعرف الوريد المتخثر بالجس ، وأن تشاهد احمراراً فى الجلد الذى يغطيه، أو أزيما فى الساق ، أو مضاضة محدودة معينة فى مسير الوريد . قد توجد بعض هذه العلامات وقد لا توجد .

ولنحسب الالتهاب الوريدى قد عرف ففى علاجه خدع . وأول هذه الخدع يتعلق بامتداد العدوى . فإذا وجدنا وريداً فيه جلطة دموية عفنة وقد امتدت الى مستو معين — لعله يتفق والتقاء فرع من الوريد — كان أول ما يخطر بالنا من باب العلاج ربط الوعاء أعلى نهاية الجلطة أى أعلى الجلطة من جهة القلب . وليس يجدى مثل هذا العمل ، لأن العدوى غالباً تمتد مسافة طويلة فى مسير الوريد سابقة الجلطة المحسوسة

فربط الوريد الحرقفى الظاهر عبر البريتون علاجاً للالتهاب العفن فى الوريد الفخذى المشترك لا يقوم غالباً بوقف امتداد العدوى ، هذا الى أنه قد يحدث التهاباً بريتونياً حاداً . لقد عرف ذلك بعض الجراحين من تجاربهم المؤلمة التى كان عليها اعتمادهم بسبب خطأ الكتب المطولة . وعملياً لا ينفع الربط من الجهة القلبية لوقف المرض

إلاّ اذا عمل بعيداً جداً عن موضع التخثر مما يقتضي أن يعمل التشخيص مبكراً والمرض في أول أمره . أما في الأحوال الأخرى فتصفية القطعة الملوثة بغير ربط من جهة القلب هي طريق الامل الوحيد . ومن ذلك يتضح أن الوريد الوداجي الباطن لا بد أن يربط في أسفل العنق للوصول الى ما بعد التعفن في أحوال تخثر الجيب الجانبي عقب التهاب الأذن المتوسطة

الدوالى

الدوالى مرض تنتفخ فيه الأوردة فتغلظ وتصير كالحبال اذا كانت في الساق وكالديدان اذا كانت في أوردة الحبل المنوى . وقد تكلمنا على الدوالى في الخصية ونتكلم الآن على الدوالى الأخرى وليست العمليات التي تعمل للدوالى الأخيرة من العمليات المرضية في الأعمال الجراحية . ذلك لامتدادها في الساق والفخذ وتوزيعها توزيعاً واسعاً مما يصعب استئصالها جميعاً ويجعل العملية المريض غير كاملة . هذا الى أن المرض متزايد فلا يبعد أن تظهر تمددات أخرى حديثة فيزعم المريض أن ما استؤصل قد عاد والرأى عندى أن يفهم المريض أن التداخل الجراحي ليس الا تلطيفاً للمرض

أضف الى ذلك ما يؤسف له كثيراً من أن المريض قد تسوء حالته عقب العملية . وأكثر ما تسوء الحالة عقب العمليات الكبيرة التي يربط فيها أيضاً الوريد الصافن الباطن في مثلث اسكاريا ، وقد يكون سوء الحالة عن تخثر يظهر في الوريد أعلى الربط ويمتد الى الاعلى من جهة القلب حتى يصل الى الوريد الفخذى المشترك الذى ينسد أيضاً بالجلطة . ويقول باروز إنه رأى أحوالا كثيرة طرأت فيها هذه المضاعفة المحزنة عقب ربط الوريد الصافن الباطن في مثلث اسكاريا ، وماكان ذلك ليحمله على التنحي عن اجرائها . وعليك ملاحظة ما يأتي لاتقاء هذه المضاعفة :

(١) اتقان الصنعة والعناية بالطهر لاتقاء أدنى تلوث

(٢) عمل الربط في الفخذ في مستو أدنى من المستوى الاعتيادى

صحيح ان من المناسب ربط الوريد غالباً لكى تستطيع خلال الشق عينه أن تربط

الفروع الجلدية الأنسية والوحشية . قد تكون هذه الفروع كبيرة حتى لقد يخطئ الجراح فيحسب أحدها الوريد الصافن الباطن

ولست أخرج عن الموضوع اذا ذكرت شيئًا بشأن القروح الدوالية . فليس من النادر أن يرى الجراح فى الساق قرحة يعلوها وريد كبير متمدد ، وقتئذ يزعم الجراح ان من سداد الرأى ربط هذا الوريد . وكان هذا صحيحًا معقولاً لو عملت العملية بغير خطر التهاب الوريد العفن . وللوصول الى هذا الغرض لا بد من اتقاء تلوث جرح العملية من القرحة نفسها ومن عمل الشق فى مسافة نظيفة من الجلد غير ملوثة . أما عمل الشق فى الجلد الملوّن بلون النحاس الأحمر فإلقاء المريض فى التهلكة من الالتهاب الوريدى العفن والسم الدموى الصديدى

السدادة الهوائية

كل موجز أو مطول فى حوادث الجراحة أبتر إن لم يشمل شيئًا عن خطر دخول الهواء فى الوريد وقد فتح فى أثناء العملية . وهذا الخطر قريب فى جروح الجزء السفلى من العنق والجزء العلوى من الصدر . ويمكن ، للتقريب ، تحديد منطقة الخطر بخطين بيضيين يرسمان من الابطين يمرُّ أحدهما أعلى الترقوة ، ويمرُّ الآخر أسفلها

وأهم ما يجب التنبيه اليه من الوجهة العملية: اذا أنذر الصوت الصفيرى المميز الجرَّاحَ أن أحذر فالهواء داخل فى الوريد ، هو التنحى عن الضغط على الجزء الدائرى من الوريد بعد الجرح الوريدى . فمتى لم يمنع الدم من الجزء الدائرى بالضغط أو الربط وصل الى الجزء القلبى ، فى دورته ، وحال دون دخول الهواء فى الوريد . وليقصد الجراح بأصبعه ، أول ما يقصد ، أن يقف الهواء من الدخول ، لا الدم من السيلان ، وليكن ذلك بالضغط بها على الجزء القلبى من الوريد . وحذار يك أن توجه اهتمامك الى النزف قبل ضبط الفتحة التى فى الوريد أو الجهة القلبية منهُ

وأحيانًا تثقب قمة البلورا فى أثناء عمليات العنق، فيحدث الهواء بدخوله وخروجه فى تجويف البلورا صوتًا قد يخطىء الجراح فيحسبهُ هواء داخلاً فى الوريد ، وما هى إلا لحظة حتى تتجه الى الرأى الصواب

الفصل الثلاثون

آفات العمود الشوكى وأمراضه

كل ما يمكن أن يقال بشأن التشخيص هو أن كسور العمود قد تفوت الجراح من وقت الى آخر . ولا يزال الرأى سائداً حتى بين جماعة الأطباء إن من انكسرت عنقهُ لا يستطيع أن يمشى . والحقيقة هى أنهُ يستطيع غالباً أن يمشى ، وأنهُ يمشى فعلاً ؛ وهذه الحقيقة هى سبب الخطأ فى التشخيص

أما اكثر الأغلاط فأكثر ما تكون فى علاج كسور العمود لا فى تشخيصها . ولا شك فى ضرورة الراحة للعظام المكسورة مع تثبيتها بسند من الجبس. فإذا كان الكسر فى الجزء السفلى من العمود ، ولا سيما ذلك فى سن الشبوبية فلا حيلة لنا الا السند على فراش ثابت مما يتيسر بوضع ألواح تحت المرتبة السلكية . ويزعم بعضهم أن المراتب المائية قد تصلح لسند الظهر فى هذه الأحوال . وهو زعم باطل .

ومن الأغلاط الخطيرة فى علاج الشلل النصفى سواء اكان عن آفة أو مرض استعمال القسطرة لاستخراج البول وقد احتبس . فإذا استعملت القسطرة فقريباً أم بعيداً يصاب المريض بالتهاب فى المثانة يعقبه التهاب صاعد فى المسالك البولية والكلية، مما يسمى «بالكلية الجراحية» رغم اعتراض الجراحين وانزعاجهم . وينصح بعضهم بعمل فتحة فوق العانة علاجاً لاحتباس البول عن الآفات العصبية . وطريقة الفتحة الغوص بآلة بازلة واسعة فى المثانة الممتلئة بالبول ثم ارسال قسطرة تحفظ نفسها بنفسها خلال قناة الآلة البازلة التى تسحب بعد ادخال القسطرة . ويمكن وضع صندوق فوق العانة[1] ، أو تصفيتها فى قنينة . وبعد حين تسترجع المثانة قوتها فتقذف البول ذاتياً بغير واسطة ، وبغير أن تتعرض لخطر العفونة الموبقة

ويكتفى البعض الآخر ، لاتقاء امتداد العدوى من المثانة الى الأعلى، بالعناية التامة ،

---

(١) Suprapubc box.

فى أثناء ادخال القسطرة . فيطهر القضيب تطهيراً جيداً ، و يغسل الصماخ البولى غسلاً قبل القسطرة . و يجب تغطية القضيب ، فى الأوقات الأخرى بسابرى (شاش) جاف معقم . و يحسن أن تكون القسطرة رخوة ، وتطهر بإغلائها جيداً ، وتدهن بمادة زيتية معقمة . فإن ظهرت أعراض الالتهاب المثانى فالمعتاد غسل المثانة ، مرتين فى اليوم ، بمحلول مطهر خفيف كسائل كوندى[1] ، أو محلول البوريك ، أو بوروجاسيريد[2] بنسبة ١ فى عشرين ، أو محلول السانيتاس بنسبة ١ فى ٢٠ و يعطى المريض اليوروترو بين أو السالول أو حامض البوريك بمقدار نصف جرام تقريبًا ، ثلاث مرات فى اليوم

ومن المهم التبكير فى تشخيص الأورام الشوكية ، أو نخر العمود ، و إنهُ و إن يكن من الصعب أحيانًا هذا التبكير إلا أنهُ من الضرورى أن يحاول ذلك الجراح ما استطاع اليه سبيلاً . فكثيراً ما حسب الألم والأعراض الأولية الناشئة عن الأورام جراحون ذوى شهرة فائقة وصيت ذائع أنها أعراض عصبية ناشئة عن اضطراب فى وظيفة الأعصاب

وقد رأيت ، وأنا الطبيب الأول بمستشفى بنها ، مريضًا بأعراض النخر فى العمود الشوكى فى جزئه العنقى كان يعالجه طبيبه على زعم أنه احتقان فى اللوزتين مصحوب بآلام روماتزمية .

وكثيراً ما يتضح « عرق النسا » أنهُ عرض ورم شوكى أو نخر فى العمود . و إياك أن تنسى الاستعانة بالأشعة وصورها ، فى مثل هذه الأحوال ، فإنها قد توضح التهابًا عظميًا فى فقرة أو اكثر أو تبين ورمًا فى العظم . و يبس العمود الشوكى علامة جيدة فى أحوال النخر .

أما الخراج الصلبي[3] الذى يظهر فى بعض أحوال النخر فى العمود فقد يلتبس بالتهاب الزائدة الدودية إذا كان الخراج فى الجهة اليمنى

وكذلك يلتبس أحيانًا بالخراج السطحي فى موضعه وأهم علامة تسترشد بها هى يبس العمود فى أحوال النخر ، فهى من العلامات الأولية .

---

(١) Condy's Fluid.

(٢) Boroglyceride.

(٣) الخراج الصلبي هو الخراج البسواسى أى Psoas Abscess.

الفصل الحادى والثلاثون

العدوى الجراحية

يصح أن أذكر شيئاً عن العدوى الموضعية والعمومية مما يسمى بالعدوى الجراحية . ولنضرب لذلك مثلاً خراجة حادة صغيرة ، وهل يستوى الجراح الحاذق والجراح الاخرق فى الفحص عنها ؟ كلاً . فالأول يعمل عمله بلطف ورفق ولين فلا يشعر به المريض ؛ وأما الثانى فيعمل بأصابع باردة قاسية وبيد غليظة فظة فتراه وهو يفحص عن التموج مثلاً يضغط ضغطاً مؤلماً يقشعر منهُ جسم المريض ، ولا يكتفى بالمرة ولا المرتين ، بل تراه يضغط المرة بعد الأخرى وكأنهُ لا يدرى ماذا يعمل ؛ وكأنهُ لا يفهم أن المريض من عمله يتألم

وعلى الجراح ، اذا ما دعى لعلاج آفة موضعية ناشئة عن العدوى ، أن يحاول الجواب على هذه الأسئلة : ما هو الميكروب المعتدى؟ وكيف وصل الى مكان العدوى؟ وماذا بيده من الوسائل التى تصلح للعلاج عدا الشق والتصفية ، أو بدلاً منهما . وقلما يهتم بهذه الأسئلة . وأهمها السؤال الأول ، ولا يكون طريق العلاج صحيحاً الاَّ اذا كان الجواب عليهِ صواباً

ومن سوء الحظ أن المباحث البكتيريولوجية تكلف المريض كثيراً ، وهذا مما يبرر قصورنا عن أن نحذو فى علاجنا البسيط من العدوى حذو المثل الأعلى . ومما يشفع لنا فى تقصيرنا فى علاج الأحوال البسيطة على نحو المثل الأعلى حرصنا على جيب المريض . أما اذا كانت العدوى الموضعية والعمومية شديدة فمن الضرورى أن نعرف طبيعة الميكروب المعتدى ليسهل علينا مواجهته

وما أغرب ما يرى ذلك الجراح الذى يعتمد على هذه القاعدة فى عمله . هذا الى أنهُ بذلك يخطو خطوات واسعة فى فنه . ألا يلذ له أن يشفى داحساً دفتيرياً سريعاً بالحقن بالمصل المناسب ؟ ألا يسره أن يتنبأ عن سير الالتهاب الفلغمونى النيوموكوكى؟ ألا يحوز ثقة عظيمة اذا عرف أن الصديد فى خراج فى العنق يحتوى على الفطر الشعاعى

وان التهاب الفم سيلانى ، وان البثرة التى فى المريض خبيثة ؟ قد يقال لك إن هذه نوادر فأقول لك وما يضرك لو عرفت نوع الميكروب المعتدى فى الأحوال الاعتيادية فقد يتضح ، فى المستقبل القريب ، ان لكل نوع من الميكروب نوعًا من المطهر يكون به سريع التأثر والتلف . ولم أذهب بك للمستقبل ، وفى وسعى أن أذكر لك الآن أنواعًا من العدوى الموضعية يختلف فيها طريق العلاج باختلاف الميكروب المعتدى كالانسكاب فى تجويف البلورا والالتهاب المفصلى العفن

و ينبغى لك ، أيها الجراح ، اذا ما حاولت أن تفتح خراجة ، ألاّ تغوص بمشراطك خلال الحاجز الواقى من الأنسجة حوله متجاوزاً الخراجة الى الأنسجة البريئة ، وألزم ما يكون هذا الحذر فى أحوال الداحس ، ولعلّ أغلب عدوى أغمدة الأوتار وتغنغرها من استعمال المشراط استعمالاً غشيماً . واذا اقتضى الداحس شقوقاً غائرة فلتعمل بجانب الاصبع، وحذار يك أن تعمل هذه الشقوق ، كما تعمل كثيراً ، فى متوسط سطحها الراحى أو الظهرى . ولولا ضيق المجال فى هذا الكتاب لاختصرت لك المناقشة الطويلة البديعة التى سمعتها فى الجمعية الطبية البريطانية الجراحية فى اجتماعها فى بور تسموث فى العام الفائت على العدوى الحادة فى اليد . وليراجعها من شاء فى جزء ٣٢٨٣ من المجلة الطبية البريطانية الصادر بتاريخ أول ديسمبر سنة ١٩٢٣

ومن دواعى الفشل فتحك جيبًا سطحيًا وتركك جيبًا آخر غائراً مستطرفًا معهُ ومتصلاً بهِ ، ومثال ذلك فتح خراج على النتوء الحامى وترك العظم سليماً وأنت عليم أن المرض كله فى الجيب والخلايا الحامية . ومثال آخر فتح جيب فى التهاب محيط الرحم المتقيح وترك جيوب أخرى . ومثال ثالث ما يحدث فى الالتهاب السمحاقى الحاد فى عظم طويل ؛ اذ يشق الجراح على العظم فيجد الصديد بينهُ و بين السمحاق و يكتفى بتصفيته ولا يمضى الاَّ قليل حتى ينتشر النكروز فى العظم ، و يطرأ الالتهاب المفصلى العفن من الامتداد المباشر ، ثم السم الدموى الصديدى . فكم من مريض طويت صحيفته ، وكم من طرف فقده صاحبه من هذه الغلطة التى يساعد على الوقوع فيها الخطأ فى اسم المرض منذ الزمن القديم . فلا بد أن يمحى اسم « الالتهاب السمحاقى الحاد »

و يزول من ميدان الكتب الجراحية . فالمرض هو « الالتهاب العظمى » . واذا حدث التقيح، فى هذا المرض فالصديد موضعان يتجمع فيهما ، فالموضع الأول ما بين السمحاق والعظم ، والموضع الثانى هو المسافات النخاعية والاسفنجية فى العظم . فعلى الجراح ، فى كل حالة ، ألا يكتفى بتصفية الصديد فى الموضع الأول ، بل عليه أن يفتح العظم فتحاً عظيماً يكفى لتصفية ما فى نخاعه من الصديد

وما كنت لأرانى بحاجة الى التنبيه الى عدم اهمال احتياطات الطهر والتطهير فى أثناء فتح خراج « لأنه عفن أو ملوّث أصلاً » لو لم أسمع هذا العذر حديثاً . نعم إنهُ عذر أقبح من الذنب اذ يجب على الجراح بذل أقصى ما فى وسعهِ لكيلا يضيف الى الميكروبات المعتدية أنواعاً أخرى منها يشتد بها أزرها فتحدث مضاعفات قد تقضى على حياة المريض ، أو على الأقل ، تعطل سيره الى الشفاء

وأكثر ما قيل على العدوى الموضعية منطبق على العدوى العمومية

وهناك طائفة من المرضى تأخذ الواحد منهم الحمى ، وتكون مواظبة لا تنقطع عنهُ ، و يبقى سببها غامضاً . وقتئذ تلزم الهمة ، ويجب التعاون ما بين الطبيب المتوفر على الأمراض الباطنية ، والجراح ، والباتولوجى ، فيفحص عن الدم ، عدا وتمييزاً ، واستنباتاً . و يفحص عن المريض فحصاً اكلينيكياً كاملاً . فقد عرف بعضهم مريضاً كان يعالج ، زمناً طويلاً على زعم أنهُ مصاب بالوبالة (الملاريا) . وحقيقة مرضه خراج عظيم فى الألية لسبب ما ستره عن الطبيب المعالج . وسمعت من أحد شيوخ الأطباء ، وقد كنت أعوده ، قصته الغريبة فآثرت نقلها ، ههنا ، لما فيها من الفائدة . قال لى إن حمى الملاريا كثيراً ما تأخذه من وقت الى آخر ، وكان يعالجها بالكينين تناولاً بالفم ، أو حقناً تحت الجلد . ولم تكُ الحمى لتعاند هذا الدواء على غير ما هى الحال فى الدفعة الاخيرة اذ أصابتهُ وكان مقيماً فى بنى سويف . فدعا إليهِ أحد الأطباء وطلب منهُ أن يعمل له حقن الكينين ، لعلمهِ بالمرض و بعلاجه . فاقتنع الطبيب بكلام مريضه الطبيب وعمل له الحقن . واستمرَّ يعمل الحقن بغير فائدة . وأخيراً عملت لهُ استشارة طبية اتضح ، فى أثنائها ، انهُ مصاب بخراج عظيم حول المستقيم فأجريت له عملية جراحية بعد أن انهكت الحمى قواه

قد يكون للاطباء فى هاتين الحالتين بعض العذر لعدم تشخيص الخراج لكن ليس لهم أدنى عذر فى تشخيص المرض بالملاريا واهمالهم بالتحقق منه بالفحص عن الدم

وقد رأى أحد الجراحين أحوالاً كثيرة طرأ منها السم الدموى الصديدى على أثر التعفن الحلمى مع عدم وجود علامة موضعية عليه . وقد لا يوجد شيء ، فى مثل هذه الأحوال ، سوى أذن هادئة مع انثقاب قديم . وقد لا يكون هناك انثقاب أو بروز فى غشاء الطبلة

وكثيراً ما يغفل الخراج المنفرد فى الكبد الناشيء عن الزحار أو الاستافيلوكوك الذهبى وكذلك الخراج تحت الحجاب الحاجز . ويحكى أحد الجراحين أنهُ رأى مريضاً طالت عليه الحمى ولزم فراشه أياماً كثيرة كان يعالج فيها من حمى مجهولة الطبيعة ومكث كذلك حتى من الله عليه بطبيب حاذق فحص عن بوله فوجد فيه علامات محسوسة على السيلان . والحكايات كثيرة ليس يتسع المقام فى هذا الموجز لذكرها ، على اننا لا نحتاج اليها جميعاً لاتفاقها فى المغزى المستفاد منها . فهى كلها تعلمنا أن نبذل أقصى ما فى وسعنا للفحص عن المريض فحصاً كاملاً ، وكذلك تعلمنا ضرورة التعاون بين الطبيب والجراح والباتولوجي وغيرهم من أنواع التوفر على الفروع الطبية

الفصل الثانى والثلاثون

المرض الخبيث

يقع الجراح فى أغلاط كثيرة فى اثناء تشخيص المرض الخبيث . وا كثر هذه الأغلاط شيوعاً عدم القدرة على تعرف المرض ، وهو فى الدور الأول ، أو وهو على وشك الظهور . فهنالك مقدمات فى بعض أجزاء معينة كاللسان ، والثدى فى النساء ، والرحم ، ففى كل ذلك مقدمات تسبق المرض وتدل عليه ، ويمكن الجراح أن يلاحظها بالفحص الدقيق . ولكننا ، مع ذلك ، كثيراً ما نرى الثؤلولة أو التشقق المزمن فى اللسان مع الالتهاب المزمن فيه[1] يهمل علاجه، بل كثيراً ما نراه ، اذا عولج ، عولج علاجاً غير صحيح بغير فائدة

والذى يلزم ، فى مثل هذه الأحوال ، هو التعجيل بالاستئصال ثم الفحص عن المنسوج المستأصل فحصاً مجهرياً . وليس لك على اهمالك هذه الطريقة أى عذر لانك اذا اتبعتها مباشرة فكثيراً ما يتضح الورم الخبيث فينصح العليل بالعملية الشفائية ووقتئذ يكون الأمل فى الشفاء التام عظيماً

أما الثدى فى النساء فكثيراً ما تكون الاكياس ، والأورام اللبنية ، والأورام الادينومية التى تظهر فيه مبشرة بالورم الخبيث . ولا سيما ذلك فى من تجاوزت الأربعين من العمر . والذى يجب أن يتبع هو الاستئصال ، والفحص عن المنسوج المستأصل فحصاً مجهرياً . وهذا الكلام ينطبق أيضاً على التقرح أو التآكل فى عنق الرحم . وكل جراح له خبرة واسعة لا بد أن يذكر بعض أحوال محزنة بسبب اهمال هذه القاعدة الذهبية

وهل أدلك على ما يجب أن تتبعه فى كل ورم استأصلته بعملية جراحية ، ولو كان حميداً فى الظاهر ، وأينما كان موضعه ، للهروب من الوقوع فى هذا الخطأ ولضمانة سلامة المريض فى المستقبل ؟ تُرسل الورم للفحص عنهُ مجهرياً . ربما كلفك هذا العمل شيئاً

---

(١) الالتهاب المزمن فى اللسان .Leucoplakia

من المشقة ، وكلف المريض شيئاً من النقود لكنهُ ضروري وضروري جداً

دعيت لأرى سيدة مصابة بالسرطان في الثدي وكان على ثديها في الناحية المصابة أثرة التحام صغيرة . وأخبرني طبيبها أن هذه الأثرة تخلفت عن عملية جراحية لاستئصال ادينوم من الثدي منذ سنتين . وكان الادينوم متكيساً غير خبيث . فلم يرسله الفحص

وذات مرة حضر الى العيادة الخارجية في المستشفى صبي وكان مصاباً بورم وحمي صغير في الساعد. فاستأصل الجراح المقيم هذا الورم بمخدر موضعي . و بعد قليل عاد الصبي وقد ظهر عنده ورم بالقرب من أثرة الالتحـام . فاستأصله الجراح المقيم ، أيضاً ، بالمخدر الموضعي ، وهو لا يزال يزعم أن الورم حميد . ولم يرَ في الدفعتين ، ضرورة لارسال الورم للفحص المجهري . ولما عاد الصبي ، المدفعة الثالثة ، بعد بضعة أشهر ،كان عنده ورم فطري متقرح في الساعد وغدد في الابط ، ورواسب خبيثة في الرئتين . كان الورم خبيثاً من السركوم الاسود

وهناك نوع آخر من الخطأ ليس نادراً ؛ وهو حسبك الرواسب الثانوية الورم الأولى وإنهُ وإن تكن نتائج الخطأ أقل خطراً من الخطأ الأول إلاّ أن من الضروري التنبيه اليه . ولعل أحسن مثال لذلك استئصال الورم المبيضي الخبيث على زعم أنهُ ورم أولي بينما هو في الحقيقة ثانوي لسرطان في المعدة ، أو أي عضو آخر . وليس من النادر حسب الورم الثانوي في العظم سركوماً أولياً ، وإذا بترت الطرف ، بعد ذلك ، فقد صارت غلطتك أفظع . ولا يمكن القول باتقاء هذه الغلطة دائماً ؛ لكنها لا تغتفر دائماً أيضاً . وخير طريقة لاتقائها ذكرك إياها وفحصك عن المريض فحصاً كاملاً دقيقاً

وقريب من ذلك استئصالك الورم الأولى مع وجود رواسب ثانوية لانك تعنت المريض لمشقة عملية كبيرة بغير فائدة

كان رجل مصاباً بورم في البطن . و بالاستقصاء اتضح أنه سرطان في القولون النازل . فاستأصل الجراح الجزء المعوي المصاب بسرعة غريبة ومهارة فائقة ووصل طرفي المعي وصلاً جيداً وقبل أن يبدأ في اقفال الجرح الذي في جدار البطن طلب منه طبيب العائلة الفحص عن الكبد وتحري حالتها . وهل تدري ماذا وجد ؟ لقد وجد الكبد منتشراً فيها السرطان انتشاراً شديداً

ويلوح لى أن وسائل التلطيف كثيراً ما تغفل فى المرض الخبيث اذا تجاوز طاقة الجراح فليس ما يمنع اجراء العمليات الكبيرة تخفيفاً لحالة المريض وإن يكن الشفاء التام غير متوقع . فليس سير المريض نحو القبر من الأورام الثانوية فى الحجاب المنصف والرئتين مؤلماً للمريض وذويه ألمه وهو يقاسى ما يقاسيه من قرحة سرطانية متقرحة ، وقد ينفع قطع بعض الأعصاب كالعصب السنى السفلى والعصب اللسانى فى السرطان المتقدم فى الشفة ، وقد يحسب هذا الكلام خروجاً عن موضوع الكتاب وليس هو كذلك لأنى أريد أن ألفت الجراح لكيلا يحصر فكره فى استئصالى الورم استئصالاً شافياً أهو ممكن أم لا ، غير ناظر فيما يجب عليه من توجيه شىء من عنايته لتخفيف آلام المريض فيما بقى له من أيام حياته

نشر الورم الخبيث بالعملية

مما يجب على الجراح اتقاؤه ، فى أثناء استئصال الورم الخبيث ، نشر المواد السرطانية فى الجرح .

وللوصول الى هذا الغرض لا يشق الورم الأولى ، ولا الغدد اللمفاوية ، ولا الانسجة الأخرى المصابة . ففى استئصال سرطان الثدى مثلاً يلزم أن يستأصل الجراح الورم ، والثدى ، وجميع الانسجة المجاورة ، والعضلات الصدرية العظيمة والصغيرة ، والغدد الابطية ، يلزم أن يستأصل كل ذلك صبرة واحدة . ويجب أن يكون القطع بعيداً عن حدود الورم اذا أراد الجراح الوصول الى نتيجة حميدة .

سركوم العظم

السركوم السمحاقى

لو سأل سائل عن خير علاج للسركوم السمحاقى لأجاب الجراح بغير تردد «البتر» وهذا الجواب صحيح لو نظرنا الى المسأله من الوجهة النظرية ، وكذلك الكتب الجراحية التى منها يستقى هذا الجواب . ولكنك لا تستطيع ، أيها الجراح ، أن يكون جوابك فى عملك لمريضك بغير تردد ، وذلك لسببين : —

(١) خطأ التشخيص – كيف يستطيع الجراح أن يضمن لنفسه صواب رأيه في التشخيص . فعلاج مرض السركوم السمحاقى غير علاج المريض بالسركوم السمحاقى فالجراح الذى يبادر الى البت فى أن الورم سركوم بغير شك ، والذى يبادر الى البتر ، اعتماداً على ثقته بنفسه ، قد يأتى أمراً إدًّا . نعم قد يكون للبت فى التشخيص بهذه الثقة وللبت فى العلاج بهذا الحزم ، شىء من التأثير فى المريض ، وذوى المريض ، وسائر الناس عامة ، وهذا مما يضطرنا الى تقييد أنفسنا لكيلا نجرى وراء الهوى .

فكم من طرف بتر غلطاً على أن المرض سركوم سمحاقى وما هو إلاَّ ورم التهابى ، أو ورم صمغى ، أو دشبذ ، أو كيس فى العظم ، أو ورم آخر حميد .

وبشىء من العناية يمكن التنحي عن كثير من الأغلاط لكن المرض فى أول أمره لا بد أن يكتنفه شىء من الشك .

ومن الضروري الفحص عن المريض فحصاً كاملاً ، والفحص عن الرواسب الثانوية والاصابات المتعددة . واذا انتشر المرض فى الجسم فقد فات أوان الأمل فى الشفاء بالبتر . واذا أصاب المرض أكثر من عظم فالمرض غالباً حميد ، لأن السركوم لا يكون متعدداً فى العظام الاّ نادراً جداً على غير ما هى الحال فى الالتهاب الدرنى والسفلسى . وليس نادراً أن تتعدد الأكياس والأورام الحميدة . ولا بد من استقراء التاريخ الاكلينيكى استقراء دقيقاً . ولا تنس الفحص عن الدم . وللصور الجميلة التى تؤخذ بالأشعة فائدة كبيرة ، على أنها تخدع أحياناً .

ومن الوسائل التى تقرب للصواب الفحص عن الورم فحصاً مجهرياً ، وان كان من الضرورى أن يتقبل الجراح نتيجة الفحص بكل احتياط . هذا الى أن على طريقة قطع جزء من الورم الخبيث لاعناته للفحص المجهرى اعتراضاً وجيهاً لأن القطع بهذا الشكل مما يساعد على انتشار المرض .

ويمكن أن يقال بالاختصار أن التدقيق فى الفحص مما يقلل الأغلاط كثيراً لكن لا يمنعها تماماً .

(٢) فشل نتائج البتر – أما السبب الثاني الذى يدعو الجراح الى التردد فى التوصية

بالبتر فهو فشل نتائجه . فقد ظهر من التجارب أن الشفاء بهذه الطريقة بعيد . لأن الأورام الثانوية تظهر بعد حين وتتلف حياة المريض . ويحسن أن أقول إن الانذار عقب البتر يختلف باختلاف موضع الورم الأولى ، فان يكن فى عظم الفخذ ، أو عظم العضد فالأمل ضعيف جداً فى نجاة المريض بالبتر ، بل هو فى عظم الفخذ أضعف من أن يذكر . وقد تعمل ، وقتئذ ، العملية لغرض التلطيف ، بشيء من الفائدة ، لكنها لغرض الشفاء عديمة الجدوى تقريباً بل إن فائدتها ، فى هذه الحالة ، لا تعادل احتمال خطأ التشخيص ، وكلما قرب الموضع من الأطراف فالانذار أحسن على حد قولك : وفى الشر خيار .

والخلاصة أن المريض بسركوم فى عظم الفخذ لا يحتمل أن يستفيد من البتر خلال المفصل الفخذى الوركى . أما اذا كان السركوم في عظم العضد فقد تطول الحياة بالبتر ، لكن رجوع الورم قريب . أما اذا كان السركوم فى سائر العظام الطويلة الأخرى فقد تطول الحياة ، وقد لا يرجع الورم .

ولسوء الحظ اكثر ما يكون السركوم السمحاقى فى عظم الفخذ والعضد .

وهناك أحوال قليلة مذكورة فى الصفحات الطبية عن مرضى مصابين بالسركوم السمحاقى ولم يقبلوا التضعضع لعملية، لكنهم تحسنوا . وهذا مما يقتضىأن يتدبر الجراح طويلاً قبل البت فى أمر البتر للاشتباه فى سركوم سمحاقى

السركوم داخل العظم

ليست الصعوبة فى الوصول الى صواب التشخيص ، هنا ، بأقل منها فى السركوم السمحاقى ، وليس خروجاً عن الموضوع أن أذكر بعض الأمثلة للتوضيح . وصور الأشعة تحتاج الى حذق لعملها ، والى خبرة لشرحها . وما الحاذق فى العمل والخبير فى الشرح بمعصوم من الخطأ .

رجل فى الثالثة والعشرين من العمر انكسر عظم فخذه فى منتصفهِ تقريباً . وكانت الاصابة خفيفة ولم يكن ، هنـاك ، علامات سابقة تدل على وجود مرض فى العظم .

وحدث التحام بشيء من التشوه . و بعد الحادثة بسنتين شوهد ورم عظيم فى موضع الكسر حيث يستطيع الانسان أن يحصل على أزيز بالضغط وعلى احساس التموج .

ودلت الصورة على ما حسب وقتئذ أنه كيس حميد . وأجريت للمريض عملية استقصائية . وفيها فتح كيسان ، كان لهما جدر ليفية غليظة ، وفيهما سائل أصفر صاف . و بعد سبعة أشهر وجد ورم كبير فى عظم الفخذ وكان متموجاً . فعملت صورة بالأشعة، وعمل له عملية ارادة استئصال الجزء المئوف ووضع طعم . لكن وجد حول الكيس ورم بلون أبيض مرتشح فى العضلات . واتضح من الفحص المجهرى أن الورم سركوم بخلايا مغزلية فيها خلايا عظيمة

و يذكر لوكهارت مجرى حكاية تناقض التى ذكرت :

كانت المريضة صبية فى الثامنة من عمرها ، و بينت صورة الأشعة ما حسب أنه سركوم داخل العظم فى الطرف العلوى من عظم العضد . و بعد بتر العضد اتضح أن الورم كان كيساً حميداً .

من ذلك يتضح لنا أن من الضرورى أن نتلقى نتائج الصور بكل تحفظ أهو سركوم داخل العظم أم كيس حميد . ولقد قال جوردان وهو من أكبر الثقات فى التصوير بالأشعة ان الطريق الوحيد للتمييز بين الكيس فى العظم والسركوم النخاعى فيه هو الفحص المجهرى

ومن سوء الحظ أن المجهر لا يكون دليلاً صادقاً دائماً فى هذه الأحوال . لكنه مساعد و يجب الاستعانة به دائماً .

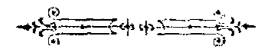
إن التشخيص لا يمكن الوصول اليه بالفحص بطريقة وحدة . بل لا بد من معرفتك باتولوجيا أورام العظم معرفه جيدة ، والمواضع التى يكثر حدوثها فيها ، والأعمار التى تغلب فيها الأورام المختلفة ، ولا بد من الفحص عن المريض فحصاً دقيقاً ، ومن الصور المأخوذة بالأشعة بحاذق فيها، ومن شرحها بخبير شرحاً صحيحاً ، ومن الفحص عن المنسوج بالمجهر فحصاً بعناية لا بد من كل ذلك للوصول الى نتيجة تمكنك من التوصية بالبتر . زر المتاحف الطبية ترَ فيها عجباً، ترَ الأطراف التى بترت بسبب الورم الصمغى، والالتهاب

العظمى الدرنى ، والدشبذ ، والأكياس الحميدة ، وسائر الأورام الحميدة الأخرى . زر هذه المتاحف أيها الجراح ترَ ما يجعلك فى يأس وقنوط لولا ما تهتدى به من تجارب الذين وقعوا فى هذه الأغلاط .

ومن طرق العلاج الشائع لكيس العظم أو الورم السركومى النخاعى اذا لم يكن متقدماً هو الكحت . وليس يخلو هذا العمل البسيط من الخطر ؛ فقد ذكر بعضهم أحوالاً حدث فيها نزف غزير عقب الكحت . استمر النزف فى إحدى هذه الأحوال حتى مات المريض ، واستمر فى أخرى ولم يقطعه الا قطع الطرف

ومن الخطأ حسبانك السركوم الذى ينمو بالقرب من طرف العظم الطويل أنهُ التهاب مفصلى . ولقد مر بك أن بوتلن وكولى وجدا أن من ٢٢ مريضاً بالسركوم عولجوا بمستشفى القديس برثلميو لا أقل من عشرة كانوا يعالجون للالتهاب المفصلى الحاد أو المزمن . أما الغلط بحسب الرواسب الخبيثة الثانوية فى العظم انها أورام أولية فقد مر ذكره ، كما مر بك ذكر الأطراف التى بترت لهذا الغلط

وكان بودى ، لولا ضيق المجال ، أن الخص مقالا جليل الشأن فى تشخيص السرطان تلاه جوردون [١] على الجمعية الطبية الجراحية [٢] ونشر فى المجلة الاكلينيكية بتاريخ ٥ مارس سنة ٩٢٤



(١) Gordon.

(٢) Medico-Chirurgical Society.

الفصل الثالث والثلاثون

التخدير

و إنهُ وان يكن هذا الكتاب خاصًا بأغلاط الجراحين وحوادث الجراحة إلاّ أن من الصواب أن أذكر فيه ما قد يقع من الحوادث الخاصة بالتخدير لعلاقتها بالجراح والعملية .

رأيت مخدراً وقد وقع فى حيرة عظيمة وارتباك شديد لأنهُ لم يستطع أن يخدر أو ينوّم مريضًا بالكلوروفورم بالتقطير على رفادة . حاول التنويم نصف ساعة أو اكثر ولما لم يفلح وأخذ يبحث عن السبب وجد أخيراً أن ما فى القنينة هو إثير لا كلوروفورم فاقتصر الضرر فى هذه الحالة على اتعاب المريض ومضايقة الجراح على غير ما هى الحال فى الحكاية الآتية : —

كان جراح يعمل عملية لمريض ، وكان تخديره بالإثير بالطريقة المفتوحة فشحب لونه فجأةً ، وصار التنفس سطحيًا ، وتمددت الحدقتان ، وكان على وشك الموت . وكان الجراح ، لحسن الحظ ، على وشك الانتهاء من العملية ، فأتمها بغير مخدر . وهذا ماحدث فى حالة أخرى بنهاية محزنة لأن المريض توفى . ووقتئذ عرف أن ما فى القنينة هوكلوروفورم لا إثير . كان المنوّم يستعمل قنينتين صغيرتين بقطارتين ، فلما فرغت احداهما ملأتها الممرضة بالكلوروفورم وناولتها المنوّم . و بذلك وضعت الممرضة الكلوروفورم فى القنينة بدلاً من الإثير

وفى حالة أخرى وضع الكلوروفورم بدلاً من الإثير فى شمامة كلوفر[1] بخطر عظيم للمريض

وذات مرة ، وقد كنت أعمل عملية فى حالة احتباس معوي ، ليلاً ، فى مستشفى عباس ، فرغت قنينة الكلوروفورم قبيل نهاية العملية ، فطلب المنوم من رئيس الممرضين أن يملأها له . و بعد الفراغ من العملية شممنا رائحة زيت التربنتينا فزعمنا أنه وضع فيها

---

(١) Clover's inhaler.

التربنتينا بدلاً من الكلوروفورم . وبالتحري اتضح أن هذه الرائحة كانت من دهن البطن بالزيت قبل العملية ؛ ولم تشم في أثناء العملية لأن البطن كان مغطى بالفوط

فهذه كلها مما يدعو المخدر الى التحقق من المادة التي في القنينة قبل الاستعمال بحاسة الشم ، وهو ما يفعله بعضهم . وليس يستطيع الانسان أن يعتمد دائماً على الأنف الموصول الى معرفة السائل المستعمل فمن المستحيل التمييز بين الإثير والكلوروفورم بحاسة الشم بعد استنشاق بخار المخدر زمناً ما . وهذا ما يدعو الى الاستعانة بوسائل أخرى كأن يستعمل للإثير قنينة كبيرة مثلاً ذات شكل يخالف شكل القنينة التي تستعمل للكلوروفورم والتي تكون أصغر ، وكأن لا يعتمـد المخدر على غيره في ملء هذه القناني واخلائها

وذات مرة أراد منوّم خبير أن يبرهن على قدرته على تنويم مريض في وقت معقول بغاز أوكسيد النتروز[١] وقد فات بعض الوقت ولما يعرف أنه إنما كان يعطي المريض الاكسجين النقي لأنه فتح صنبور اسطوانة الغاز الآخر خطأً

وقد حدثت حوادث موبقـة من عدم إحكام الأنابيب المرنة في شمامة جنكر [٢] فيقذف الكلوروفورم قذفاً في فم المريض . ولاتقاء هذه الحوادث لا يملأ إلاّ ثلث القنينة التي في الجهاز بالكلوروفورم وأن تحكم الأنابيب بالقنينة إحكاماً جيداً ، وللتحقق من صحة التفاصيل يحسن أن يختبر المنوم الجهاز كله قبل استعماله . ولا أراني بحاجة أن أذكرك بعدم قلب زجاجة الكلوروفورم في أثناء الاستعمال

وهل أدلك على خطر آخر . هو ما يحدث عن اعطاء المريض الأدرينالين وهو مكافر كلفرة[٣] خفيفة . وأول من نبه الى خطر الجمع بين الكلوروفورم والادرينالين هو المستر درنكوتر[٤] ولطالما سمعت عن حوادث موت فجائي، في أثناء العمليات من الجمع بين الاثنين معاً

---

(١) Nitrous oxide gas.

(٢) Junker's inhaler.

(٣) كلفر المريض نومه بالكلوروفورم وهو من استعمال بعض المتأخرين

(٤) Mr. E. H. Drinkurater.

وهناك متاعب خفيفة تنشأ عن ملامسة الاثير أو الكلوروفورم جلد المريض . فليس من النادر حرق الوجه بشمامة الكلوروفورم اذا كانت رطبة ومتشبعة بهِ وملامسة الخدين والأنف . ويتقى هذا الخطر باتقاء ملامسة الشمامة الخدين والأنف ، أو بدهان الوجه بالفازلين قبل تنويم المريض . وقد تنزل نقطة أو أكثر من الكلوروفورم على عين المريض فتهيجها . ويتقى هذا الخطر بوضع فوطة على العينين . وقد يحدث ذلك عن الإثير أيضاً

ويصح أن يحدث تصقيع فى الخدين ، فى أثناء استعمال الإثير بالطريقة المفتوحة ، وذلك من تواصل الضغط من الشمامة المثلوجة . وخير ما يعمل لذلك ، اذا ثلجت الشمامة ، وضع فوطة بعد بلها بالماء الدفئ على الوجه من وقت الى آخر

ومن العادات الممقوتة هو اختبار الفعل المنعكس للقرنية بالأصبع مراراً ، فى أثناء التخدير . فليس هذا العمل ضرورياً ، هذا الى أنه مما يؤذى بشرة القرنية الرقيقة . ومن العوامل الفعالة على أذى القرنية جفافها فى العمليات الطويلة اذا بقيت العينان مفتوحتين . ففى كل المرضى الفاقدين إدراكهم يلزم انزال الجفن العلوى على القرنية ، من وقت الى آخر لترطيبها ، اذا بقيت عيونهم مفتوحة ، وكذلك فى المرضى المخدرين يلزم وضع نقطة من زيت الخروع فى الملتحمة أحياناً

ومما يذكر اشتعال بخار الإثير ، فى أثناء العملية ، لقربه من مصباح غاز . وإياك أن تنسى هذا الخطر . فقد رأى أحد الجراحين ما حدث لمريض كان يخدر بأوكسيد النتروز ، والإثير ، والاكسجين اذ رأى المنوم أن يرفع عنه الشمامة لسبب ما ، وفى أثناء رفعها مر بها بالقرب من مصباح كؤولى كان يستعمل لتدفئة البخار وهو يمر فى جهاز التخدير . ولقد أطفئت النار التى اشتعلت بالقطائف سريعاً ولم يحدث للمريض الاّ حروق سطحية بسيطة

وقد يحدث أن الجراح يصاب بغازات انحلال الكلوروفورم الناشئة عن اقتراب بخار الكلوروفورم الى موقد حار . ويقول الجراح الذى أصيب بهذا الحادث إنهُ لم يستطع إتمام العملية إلاّ بكل صعوبة لانسكاب دموعه انسكاباً جعل على عينيهِ

غشاوة ، ولهياج حنجرته . وكان الموقد الذى فى الغرفة ، فى هذه الحالة ، يقاد بفحم الكوك . وفى حادثة أخرى كان الموقد يقاد بزيت البترول وقد احمرّ الجزء العلوى منهُ فأحدث اعراض انسكاب الدموع والهياج الحنجرى . ومن الغريب أن الجراح والمنوم كليهما سقط على الأرض مغشيًا عليهما . ومن حسن الحظ أن الممرضة التى كانت بغرفة العمليات لم تتأثر كثيراً فبادرت الى فتح النوافذ ، وتخليص المريض من الخطر بإخراجه الى الهواء الطلق وكان طفلا . ولما تجدد الهواء فى الغرفة أفاق الجراح والمنوم .

الاختناق

لعلّ أهم خطر يتعرض له الشخص الذى يعطى الكلوروفورم يعطيه غير خبير هو الاختناق . فكثيراً ما يرى المنوم غير الخبير وقد تأخر طويلاً تأخيراً غير ضرورى فى إدارة رأس المريض الى ناحية ما ، ورفع الفك الى الأمام ، وجذب اللسان ، ووضع المسلك الهوائى الصناعى . فلمَ ذلك ؟ ولم تستعمل تلك الآلة القديمة ذات النصلين التى تضغط اللسان وتسحقه ، وتسمى بجفت اللسان ، ولم لا يستعمل ، بدلاً من هذا الجفت ، الجفت الآخر الحديث الذى يرشُق اللسان أو طرفه ، فلا يتألم المريض منهُ وقد أفاق من التخدير على غير ما هى الحال اذا استعمل الجفت القديم

وقلما نحتاج الى استعمال جفت اللسان ؛ لأن خير طريقة لجذبهِ فى أحوال الاسعاف ادخال السبابة وجذب اللسان بها بالضغط عليه أعلى لسان المزمار . ولتسهيل مرور الهواء خلال الفم والبلعوم يمكن استعمال المسلك الهوائى الصناعى[1] لأنهُ مفيد غير ضار

ومن القواعد الأساسية لإعطاء المخدر من الفم والأنف اتقاء أى عائق للتنفس . فلا بد أن يكون الشهيق والزفير بكل سهولة . ولهذا الغرض يلزم فك الملابس الضاغطة على الصدر ، وفك أى رباط يكون حول العنق قبل البدء فى اعطاء الكلوروفورم وأحيانًا يتعطل النفس والدورة بوضع المريض فى الموضع الرأسى المنحدر ، لضغط الأحشاء الحجاب الحاجز ، ويزداد هذا التعطل اذا كانت العضدان فى وضع التبعيد والانثناء ؟ لصعوبة التنفس والعضدان فى هذا الوضع . ولتسهيل التنفس لا بد أن تكون

---

(١) Hewitt's artificial airway.

العضدان بجانب الجسم . ويحسن أن أقول ان التنفس قد لا يسهل اذا كان المريض فى وضع شق العجان ، ولا سيما ذلك اذا كان بادنًا أو شيخًا لأنهُ يكون معرضًا للاحتقان الوريدى والزرقة وهو فى هذا الوضع

ومن الضرورى اتقاء انسداد المسالك الهوائية بالأجسام الغريبة . فيلزم رفع الأسنان الصناعية قبل البدء فى التخدير ، والفحص عن الرواضع [١] والأسنان الدائمة حتى اذا كان بعضها مقلقلاً وضع مبعد الفك بكل حيطة وحذر . ولقد سمعت بعضهم وهو يحمل حملة شعواء على طبيبين كانا يستأصلان اللوزتين والأورام الغدية الحلقية من طفل فقلعت إحدى رواضعه وكانت مقلقلة

والأسنان الصناعية اذا تقلقلت فى أثناء التخدير فأكثر ما تنحدر الى البلعوم والمرىء ، لا الى الحنجرة والقصبة الهوائية ، فلا تحدث أعراض الاختناق مباشرة ، لكنها قد تحدث متاعب مختلفة شديدة بنزولها فى المرىء ، أو فى المعدة ، أو اللفائفى ، أو فى أى جزء من القناة المعوية

وقد يكون طقم الأسنان منبعًا للخطر أيضًا إذ ينحدر فى البلعوم . وكذلك المشابك التى تشبك بها الأسنان . ولاتقاء خطر هذه المشابك تعمل أزواجًا ، و يصل بين كل زوج شريط أو سلك

واذا بدت الزرقة على وجه المريض المنوَّم ، وأوشك نفسه أن ينقطع ، وصارت الحاجة ماسة الى عمل التنفس الصناعى ، فلا بد من ثلاثة أمور ، وهى :

(١) فتح فم المريض

(٢) جذب اللسان الى الخارج ، ورفع الفك

(٣) عمل التنفس الصناعى

ولا بد من عملها بهذا الترتيب . وكثيراً ما تعمل هذه الوسائل بغير نظام ، فيبدأ المنوم بعمل التنفس الصناعى ، والمسالك الهوائية مسدودة لعدم فتح الفم وجذب اللسان أولاً

---

(١) الاسنان اللبنية

وقد يحدث الاختناق عن أجسام أخرى غير الأسنان الصناعية كاللوزتين والأورام الغدية الأنفية التى استؤصلت ، وعن مواد القئ

الالتهاب الرئوى الاستنشاقى

اذا تركنا ، جانبا ، الاختناق من سقوط الأجسام الغريبة الكبيرة فى الحنجرة ، فالمريض غير المدرك معرض لخطر آخر هو استنشاق المواد العفنة فى المسالك الهوائية مما يتولد عنهُ التهاب رئوى عفن كما يحدث فى أثناء فتح الخراج خلف البلعوم . وعلى الجراح ، أن يذكر هذا الخطر ، كلما أعطى المريض مخدراً عاماً ، لعلاج بؤرة عفنة مستطرقة مع الفم ، أو البلعوم ، أو الأنف ، أو المسالك الهوائية ، وأن يمنع بقدر الامكان استنشاق المريض هذه المواد بالوضع المناسب ، أو بالتجفيف بسرعة . ويحسن عدم اعطاء المورفين قبل العملية . ويفضل أن يكون التخدير خفيفاً ليبقى الفعل المنعكس فى الحنجرة

وقد كانت الجروح النارية المتعددة فى الفك كثيرة ، فى أثناء الحرب العظمى ، من المدافع والقنابل ، وكان علاجها يقتضى عمليات بالمخدر العام ، وكانت تشاهد على أثرها مضاعفات مختلفة كالإلتهاب الرئوى الشعبى العفن ، وخراج الرئة ، والامبايما . وقد رأى بعضهم اتخاذ الاحتياطات الآتية على سبيل الوقاية :

(١) اعطاء المريض ، قبل العملية بنصف ساعة ، حقنة اتروبين بمقدار عشر معشار القمحة ($\frac{1}{100}$) وذلك لتقليل اللعاب . والاتروبين يعطى وحده لا مع المورفين

(٢) ونظافة الفم نظافة تامة بأقصى ما فى الامكان قبل العملية مباشرة

(٣) وإعطاء المخدر خلال أنابيب من المطاط تمرُّ من الأنف الى البلعوم ، مع حشو البلعوم جيداً بالدسام

(٤) تخفيف المخدر لكيلا يمحى الفعل المنعكس فى الحنجرة أو فى البلعوم

ويستعمل بعضهم ، عدا هذه الوسائل ، طامبة لعابية خاصة لمنع تجمع السائل العفن فى الفم

ويفضل التخدير الموضعي ، إن امكن اجراء العملية بهِ ، عن التخدير العام

التخدير الناقص

يحدث نادراً ، من وقت الى آخر ، أن يموت العليل من تجاوز الجرعة القانونية . ولئن ذكرت أن المنوّم انسان من البشر غير معصوم ، وأنهُ قد يقوم بعمله ، وهو مضنى من التعب والإعياء ، أو وهو مشغول الفكر غير مرتاح ، فلئن ذكرت كل ذلك لاستغربت من ندرة هذه الحوادث ندرة عظيمة

ولا شك ان مما يزيد فى استغرابك ان تعرف أن الموتى بسبب عدم اعطاء المريض المخدر بمقادير كافية اكثر من الموتى بسبب تجاوز الجرعة القانونية و بعبارة آخرى ، إن الموت من نقص الجرعة أقرب منهُ من زيادتها

لنحسب أننا نريد كى لحيمة[1] فى مجرى البول عند مريضة ، أو نريد إجراء عملية البواسير فى مريض آخر . فاذا بدأنا فى الكى أو فى تمديد الشرج تحدث الوفاة فجأةً . ان الوفاة ، فى هذه الحالة تنشأ عن منع المراكز الحيوية منعاً منعكساً لنقص التخدير أى لعدم استغراق المريض فى النوم . فالعمليات المؤلمة اذا عملت والتخدير خفيف أحدثت صدمة ، ومن الخطأ إجراء العملية مع التخدير الخفيف ارتكاناً على ان حالة المريض لا تتحمل التخدير التام . وكل جراح خبير فى عمليات البطن لا بد أن يذكر بعض العمليات التى استغرقت ضعف وقتها لعدم استطاعة المنوم تنويم المريض تنويماً كاملاً . نعم لا بد أن يذكر كل جراح ذلك لأنهُ لا يمكن أن ينسى ما يقاسيه من الضيق وما يحل بهِ من الغضب . ولقد مرَّ بك الكلام مطولاً فى عمليات البطن على هذه المسألة . قد يكون من الصعب ، فى بعض أحوال الالتهاب البريتونى ، إرخاء الجدار البطنى ارخاءً جيداً ، وتنويم المريض تنويماً كاملاً ، لكن المخدر الخبير يستطيع غالباً الحصول على الدرجة المناسبة من التخدير . ولعلَّ اعطاء المريض حقنة من المورفين قبل العملية بساعة من خير ما يعمل لهذا الغرض ولا سيما ذلك اذا كان التخدير بالإثير وعليك أيها الجراح أن تسعى جهدك لكى يكون الجدار البطنى مسترخياً لإتمام عملك

(١) Caruncle of urethra.

سريعًا . ومما يساعد على هذا الاسترخاء اثناء الركبتين على الفخذين بوضع وسادة تحتهما

ومن عيوب نقص التخدير أن يكون المريض معرضًا للقئ ، فى أثناء العمليــة ، مما يكون سببًا فى اطالة وقت العملية على الأقل ، على أنهُ يكون سببًا فى احداث الوفاة أحيانًا . ولقد فقد بعضهم مريضة عزيزة عليهِ بسبب هذا القئ . كانت مصابة باحتباس معوى بسبب اختناق فتق رختر[1]. وكانت العملية بسيطة سهلة ، ولم تكن الامعاء كثيرة العطب من الاختناق . لكن بعد رد محتويات الفتق حدث القئ واستنشقت المريضة مواده فبدت على وجهها الزرقة وماتت — غرقًا بمواد القيء

وإنهُ وإن يكن الجراح يرجو أن يكون المنوم المساعد له فى عملياته خبيرًا إلا أن هذا ليس ممكنًا دائمًا . لكن عليهِ أن يسعى لذلك وليس عليهِ أن تساعده المقادير . جرت العادة فى انجلترا أن طبيب العائلة الذى يرشد الى الجراح أو يوصى بهِ يرغب أن يتولى أمر التخدير بنفسهِ للجراح ، وليس يسهل على الأخير أن يقابل مثل هذا الطلب بالرفض . فإذا نظرنا الى هذه المسألة من الوجهة المادية والاجتماعيــة والأدبية ، فمن الضرورى أن يحضر طبيب العائلة فى العملية ويتناول أجرًا على هذا الحضور . أما المخدر فمن مصلحة الجراح ، ومصلحة المريض ، ومصلحة طبيب العائلة أن يتولى التخدير متوفر على التخدير

تجهيز المريض للتخدير

إن من المهم أن يقول الإنسان إن من الضرورى تهدئة أعصاب المريض قبل العملية مما يتيسر إذا ساعد الجراحَ فى ذلك أهل المريض وذووه .

على أن ذلك قد لا يتيسر اذا كان المريض عصبيًا خائفًا ، ووقتئذ لا بد من شيء من الحيلة والدهاء كأن يعطى المريض المخدر وتحت تأثير المورفين إذ يكون غير مكترث لما سيحصل . فبقليل من العناية والتحفظ يمكنك أن تحصل على غرضك بهذه الطريقة لكن هناك ما يمنع من تعميمها فى كل الأحوال .

---

(١) Strangulated Richter's Hernia.

ولا بد من العمل على إعطاء المخدر والمعدة ، والمستقيم ، والمثانة ، كل ذلك غير مملوء ، وذلك لاتقاء خروج المحتويات فى أثناء العملية أو بعدها ، ولعدم ضغط هذه الأعضاء على الحجاب الحاجز ، فى أثناء التخدير .

ويحكي أحد الجراحين الحكاية الآتية :

قابلت ، ذات يوم ، صديقاً لى وكان طبيباً ، وهو خارج من عيادة طبيب أسنان حيث كان هنالك لخلع سن نخرة تحت تأثير كلورور الأيثيل . قابلته وقد كان مغموماً فى كرب وضيق لسبب ما . ذلك انه كان مشغولاً ، كل وقته ، فى عمل زياراته قبل موعد ذهابه لطبيب الأسنان ، فلم يتمكن من البول قبل تناول المخدر . وكانت النتيجة أن المثانة ، وهو تحت تأثير المخدر ، لم تستطع حجز البول .

ويستحسن بعضهم اعطاء المريض ملينًا خفيفًا ، قبل العملية بيومين ، ان سمح الوقت وعمل حقنة شرجية فى المساء قبل العملية . ولا شك أن هذا النظام مما يسمح للمريض أن يمضى ليلة العملية هادئًا بغير قلق. فإن لم تكن وسعة من الوقت تكفى حقنة شرجية

وكان القوم فيما مضى يهتمون كثيراً بالمسهلات قبل العملية لإخلاء المعدة والامعاء وهى طريقة ضررها اكبر من نفعها . فأما الضرر الأصغر فهو اضعاف المريض وهو على وشك العملية ، وأما الضرر الاكبر فهو خطر البول الأسيتونى .

البول الأسيتونى

اكبر ظنى أن البول الأسيتونى اكثر شيوعاً فى الخاصة من المرضى منهُ فى العامة من مرضى المستشفيات ، وان احصائيات المستشفيات ليست دليلاً على تكرار حدوثه

ولعل سبب شيوع البول الأسيتونى بين الخاصة من المرضى هو أنهم أقل حركة ونشاطاً من العامة من الناس وانهم دائماً اكثر اهتماماً بملابسهم ، وانهم يتناولون من الأغذية الشحمية والنتروجينية مقادير اكبر . وكيفما كان السبب فمن الضرورى الاهتمام بهذه الحالة فبسببها تموت أرواح كثيرة كل عام .

وبغير أن أدخل فى التفاصيل الفسيولوجية والباتولوجية يصح أن أقول ان سبب

البول الأسيتونى هو نقص فى وظيفة الكبد الخاصة بالجليكوجن . فإذا جوع رجل سليم ولا سيما ذلك اذا كان فى مقتبل العمر، أو اذا خلا[1] على المواد الشحمية والنتروجينة التى لا تحتوى على مواد نشوية وسكرية (كربوهدراتية) فإنه مصاب عاجلاً أم آجلاً بالحموضة الدموية[2] ، وهذه تتضح بظهور الأسيتون وحامض الدياستيك فى البول ، وبرائحة خاصة فى الفم ، وبالقيء اذا تناول المريض شيئًا من الطعام . فإذا استمرت الظروف التى أحدثت البول الأسيتونى ظهر اليرقان ، وصار المريض مسبوتًا[3] . وقد يسبق السبات شيء من الهياج الهستيرى ، ثم يموت. فاذا أعطى المريض شيئًا من الغذاء الكربوهدراتى فقد لا تقذفه المعدة ويتحسن . فان لم يستطع تناول شيء من المواد الكربوهدراتية بالفم فلا بد من الالتجاء الى الحقن بمحلول الجلوكوز حقنًا تحت الجلد أو فى المستقيم . وليكن المحلول بنسبة ٥ فى المائة .

ولتعلم أن الكلوروفورم وغيره من المخدرات يهيئ لحدوث البول الأسيتونى، وذلك اما بوقف الظواهر التمثيلية ، واما بالتأثير فى النشاط الحيوى فى خلايا الكبد ، والكليتين وسائر الأعضاء . لكن المخدرات ليست هى السبب ، فالصدمة تهيء لهذا البول أيضًا. وعلى ذلك يكون السبب الحقيقى هو حاجة الجسم الى المواد الكربوهدراتية مما يتأتى من الحرص على تجويع المريض قبيل العملية بجعله يقتصر فى غذائه على اللبن ، والمرق ، وماء الزلال ؛ فلنكن من ذلك على حذر . وعليك أيها الجراح ، أن تبادر الى الفحص عن البول ، كلما اعترى المريض قيــاء ، أو حدث عنده هياج هستيرى ، أو سبات عقب العملية . وليكن الفحص فى البول عن الأسيتون وحامض الدياستيك ، للتحقق من أن المضاعفة ليست من حرمانه من المواد الكربوهدراتية .

ولا تنطبق هذه الحقائق تمامًا على البول الأسيتونى فى البوال السكرى والكباد المزمن . ففى البوال السكرى ينقص الجسم الإفراز الباطنى الذى تفرزه غدة البنكرياس ويجعل الغذاء الكربوهدراتى يقاوم المواد التوكسينية الواصلة الى الكبد من القناة المعوية

---

(١) يقال خلا على بعض الطعام اذا اقتصر عليه

(٢) الحموضة الدموية زيادة حموضة الدم أو قلة قلويته

(٣) المسبوت هو من أصابه السبات

عن طريق وريد الباب . وفى الكباد المزمن لا تستطيع الخلايا الكبدية ، لما فيها من المرض ، أن تقوم بوظيفتها تماماً .

والملاحظتان الجديرتان بالذكر هما :

أولاً – ان البول الأسيتونى ينشأ عن الحرمان الكربوهدراتى ولا سيما ذلك اذا تناول الإنسان المواد الشحمية والنتروجينية وهو محروم من المواد الكربوهدراتية

ثانياً – ان هذا البول يمكن شفاؤه بالتغذية بالمواد الكربوهدراتية فى الوقت المناسب وان وقوفك على هذه المضاعفة وعلاجها فى الوقت المناسب حياة لكثير من المرضى

واليك أمثلة توضيحية

دعى أحد الجراحين لعيادة صبي سقط من ارتفاع على الأرض منذ بضعة أيام فحدث عنده رض فى رأسه . ولم تظهر عنده أعراض سيئة عقب الإصابة مباشرة . لكن حدث عنده القىء بعدها ببضع ساعات ، واستمر بغير انقطاع ، واعتراه شىء من النعاس مما جعل الطبيب يظن أنه مصاب بكسر منخسف فى الجمجمة مصحوب بانضغاط المخ او باصابة فيه . ولم يكن عنده شيء من ذلك . وحقيقة أمره انه كان مصاباً بالبول الأسيتونى وقد اختفت الأعراض سريعاً عقب التصريح له بالغذاء النشوى السكرى .

أما المثال الثانى ففتاة بادنة كان يظن أنها مصابة بالتهاب الزائدة الدودية ، لوجود القياء وشىء من النعاس . وتلقت الأم الأمر من طبيبها بعدم اعطائها الا ماء الزلال . ولم يكن ليبقى فى جوفها . وبالفحص عنها اتضح أن ببطنها مضاضة أظهر ما تكون فى الجزء العلوى من البطن ، ولعلها من مجهودات القىء وباضافة بضع نقط من سائل بركلورور الحديد الى بولها ظهر تفاعل حامض الدياستيك ظهوراً جيداً ، فنصحت لأمها باعطائها كسرة من قشر الخبز ، وقد فعلت بعد شىء من التردد . فتناولتها الفتاة ولم تقذفها معدتها . وزالت الأعراض . وتماثلت . وبالاستفهام عن غذائها عرفت أنه كان ناقص المواد النشوية والسكرية

وكان الخطر ، فى هذين المثالين ، أن تعمل لهما عملية غير ضرورية لا يبعد أن تقضى عليهما لعدم ادراك البول الاسيتونى . ويجب عليك ، أيها الجراح ، تفهيم الآباء هذه

الحالة وشرح سببها لهم لتغيير الغذاء وجعله مناسباً والمرض ، والاعادت الاعراض وقد تحسب شيئاً آخر بعواقب وخيمة . ويلزم تفهيم الأباء أن يذكروا هذا التاريخ للأطباء وهم يفحصون عن المرضى لأمراض مستقبلة قد تقتضى العلاج بالعمليات لاتقاء الحموضة الدموية عقب العمليات الضرورية

والرأى السائد ان هذه الحموضة اكثر شيوعاً بعد التخدير بالكلوروفورم منها بعد التخدير بالإثير . وقد يكون هذا صحيحاً . فالكلوروفورم قد يكون أشد تأثيراً فى الخلايا الكبدية التى تقاوم أنواع التوكسين المعوى ، أو فى الخلايا الكلوية التى تعمل على افراز هذه الأنواع . وربما كان التخدير بأوكسيد النتروز والأوكسجين أقل تلفاً للخلايا الكبدية والكلوية من الإثير أو الكلوروفورم؛ وهو رأى له شأنه . لكن المهم أن تعرف أن السبب الجوهرى للحموضة الدموية ليس المخدر كيفما كان مهيئاً لها . فاذا وجد السبب الجوهرى للحموضة ظهرت أعراضها على المريض بعد اعطائه الكلوروفورم ، أو الإثير ، أوكلورور الايثيل ، أو اوكسيد النتروز ، أو بغير تناوله أى شئ من ذلك

والخلاصة العمل على اتقاء هذه الحموضة فى كل العمليات بعدم حرمان المريض من الغذاء فى أثناء تجهيزه لهذه العمليات ، ويجب أن يتضمن الغذاء المقدار المناسب من المواد الكربوهدراتية . ومن الضرورى الاشتباه فى الحموضة فى كل أحوال القياء ، والنعاس أو السبات اذا ظهرت هذه الأعراض عقب العمليات . وهذا مما يقتضى الفحص عن البول للتحقق من وجود الاسيتون وحامض الدياستيك . وعليك ، أيضاً ، أيها الجراح ، أن تسمح لمريضك بأسرع ما يمكن عقب زوال تأثيرات المخدر بغذاء يحتوى على مواد سكرية ونشوية . فان لم تسمح حالة المريض بذلك لسبب ما فلا بد من حقن المريض بمحلول السكر حقناً شرجياً

ولتعلم أن المثالين اللذين ذكرتهما ليسا للحموضة الدموية عقب العملية . وقد فعلت ذلك لأبين لك انهُ وإن تكن هذه الحموضة اكثر حدوثاً بعد العمليات إلاّ أنها لا تقتصر على ذلك . وأوّل من وصف هذه الحالة هو جوترى[1] ، ووصفها باسم « السم المتأخر

(١) Guthrie.

بالكلوروفورم[١]» . وأغلب الأحوال تشاهد عقب العمليات ، وإن كانت العمليات عرضية لا ضرورية لحدوثها

أما تأثير الحقن بمحلول السكر فعظيم . فقد شفى شاب وصل الى درجة السبات وكان مصاباً باليرقان مما حدث لهُ عقب عملية خراج فى الزائدة الدودية ، بتأثير الحقن بمحلول السكر حقناً تحت الجلد وفى المستقيم

وقد وصى بعضهم باستعمال البنكرياتين[٢] علاجاً لهذه الحموضة . وليس عندى ما أبديهِ فى هذا الشأن لأنى لم أستعمله بنفسى

ويوصى البعض باستعمال الانسولين علاجاً للحموضة وإن لم تكن ناشئة عن البوال السكرى . اطلعت على ذلك حديثاً فى إحدى المجلات الطبية ، ولعلها مجلة الجمعية الطبية الأميركية[٣] ولكنى لم أجر به لهذا الغرض

القىء عقب التخدير

فان تركنا الحموضة جانباً فالتهوع والقىء عقب التخدير قد يتعبان المريض ويقلقان الطبيب . ولعل السبب هو هياج الغشاء المخاطي المعدى بملامسته ملامسة مباشرة بالمخدر ويتقى القىء بغسل المعدة بالماء الساخن ولمّا يترك المريض منضدة العمليات . ولم تتبع هذه الطريقة بصفة نظامية لجملة اعتراضات وجيهة عليها ؛ لكنك يمكنك اتباعها عند الضرورة

ويقل الميل للقىء عقب العملية بحقن المريض بالمورفين والاتروبين بساعة قبلها ولعلّ التأثير ينشأ عن قلة اللعاب ، فيقل ما يبلع من الإثير أو الكلوروفورم

ولكن اذا استعملنا المورفين حقناً تحت الجلد قبل العملية فقد لا نستطيع الحصول على درجة جيدة من التخدير لما يحدثهُ من المورفين فى الجهاز التنفسى من الانحطاط .

---

(١) Delayed Chloroform poisoning.

(٢) Pancreatin.

(٣) The Journal of the American Medical Association.

ولذلك يفضل بعضهم استعمال الامنو بون[١] لأنهُ أقل تأثيراً من المورفين فى الجهاز التنفسى

والتخدير، اذا كان خفيفًا، ولا سيما ذلك بالإثير أدعى لتحريض القىء بعد العملية منهُ اذا كان شديداً، وذلك لفقدان فعل البلع المنعكس. ويمكن تقليل البلع، فى أثناء التخدير بخفض رأس المريض بقدر الإمكان، وبإدارة وجهه الى إحدى الناحيتين، وبهذه الطريقة يخرج اللعاب المشبع بالإثير من الفم ولا ينزل الى المعدة

ومن الاحتياطات النافعة لاتقاء القىء بعد العملية عدم تحريك المريض حركات غير ضرورية وتركه هادئًا ساكنًا لكى ينام. وإياك أن تحاول إيقاظه بلطم وجهه أو أى وسيلة أخرى

وهناك أسباب أخرى للقىء بعد التخدير غير التخدير. فقد يكون القىء من الأعراض السابقة للعملية ويكون عدم انقطاعهِ بعدها من تواصل المرض الأصلى، كما فى السم البولى، والالتهاب البريتونى، والاحتباس المعوى اذا لم يستأصل سببه. وهناك سبب خاص يجب أن يلاحظ فى عمليات البطن؛ وهو الانسكاب الدموى فى التجويف البريتوني. وهذا السبب كثيراً ما يغفل. فقد عملت عملية لسيدة لمرض داخل الحوض وشوهد أنها بعد العملية كانت قلقة مضطربة واستمرَّ عندها القئ شديداً. فقد يكون القئ، فى مثل هذه الحالة، عن الهستيريا، أو الضعف العصبي، على أنهُ قد يكون من نزف فى التجويف البريتوني من عيب فى العملية الجراحية. والخراج الحوضى الباقى هو سبب آخر للقىء

ففى كل الأحوال التى يشتد فيها القىء عقب التخدير، ولا سيما ذلك اذا اتخذت الاحتياطات لاتقائه، لا بد من الاشتباه فى سبب عضوى اذا أخرجنا الحموضة الدموية والسم البولى بالفحص عن البول فحصًا كاملاً

ولقد ذكر المستر هارولد درنكوتر[٢] حقيقة جديرة بالملاحظة بشأن استعمال أوكسيد النتروز فى الصغيرات من السيدات، وهى أنهُ اذا حان موعد الطمث فاستعمال الغاز قد ينزل الدم فجأة، حتى لقد يبدأ الطمث قبل أن ننقل السيدة إلى بيتها. ومثل

---

(١) Omnopon. (٢) Mr. Harold Drinkwater.

هذه المضايقة من السهل اتقاؤها اذا عرف الجراح ميعاد الحيض . ولسبب قريب المشابهة لا يحسن التخدير بهذا الغاز اذا كانت العملية لسيدة فى الأشهر الأولى من حملها .

التخدير الشوكي

يحسن ، قبل أن أنتهى من هذا الفصل ، أن أذكر شيئاً موجزاً عن التخدير بالحقن الشوكى بالأستوفايين . ففقد الاحساس يتضح بعد الحقن من خمس دقائق الى ربع ساعة و يظهر أولاً فى العجان ثم فى القدمين . و يمتد فقد الاحساس تدريجاً فى الطرف السفلى عامة ، وقد يصل الى مستوى السرة أو أعلى قليلاً . و يصحبه شلل فى الحركة ، وتزول الأفعال المنعكسة ، لكن المريض يشعر بإحساس اللمس الاعتيادى . وهناك أحوال يفشل فيها الحقن فلا يوصل الى الغرض المطلوب . أما اذا نجح الحقن فيبقى المريض هادئاً ساكناً ، فى أثناء العملية ، وتكون عضلاته مسترخيـــة ، و يمكنه أن يتجاذب أطراف الحديث مع جراحه ، أو يدخن لفافة من التبغ ، أو يقرأ جريدة . وليس يحتاج الجراح الى تحديد الغذاء قبل الحقنة، وكثيراً ما يعقبها صداع فى اليوم نفسه أو فى اليوم التالى ، وقد يمكث زمناً طويلاً . وقد يعقبها القيء . ولهذه الحقنة نتائج بعيدة فى بعض الأحوال، فى شكل أمراض عصبية فى الحبل الشوكى تحدث بعد سنة أو سنتين، وليس يستطيع الانسان أن يتحقق من علاقتها بالحقنة

والرأى السائد الآن بشأن هذا التخدير هو انهُ وان يكن من الممكن التخدير به فى الأحوال المناسبة للعمليات أسفل السرة فى الأحوال التى لا يستحسن تخديرها بالمخدرات العامة الا أنه لا يمكن اعتبار هذا الحقن طريقة نظامية للتخدير لأنه لا يفضل الطرق الأخرى العامة إلا بمزايا خفيفة . فالأستوفايين ليس مخدراً أكيداً دائماً ، وليست الحقنة عديمة الألم دائماً ، والنتائج القريبة ليست مرضية ؛ ولا تقى المريض من الصدمة ولا الخوف فى أثناء العملية . أما النتائج البعيدة العصبية فلم يبت فيها للآن . و بالاختصار يمكن أن يقال إن الأستوفايين يستعمل إذا كان هنـــاك مانع من اعطاء المخدر العام بسبب آفة فى القلب ، أو الرئتين ، أو الكليتين الى غير ذلك ، و بسبب وجود البوال

السكرى الشديد ، وكأن يكون الجراح بغير مساعد ، أو كأن يكون فى حاجة الى استرخاء العضلات استرخاء تاماً .

ومن الحوادث الحادثة بعد الحقن بالأستوفايين ما يأتى :

(١) الوفاة وأكثر ما يحدث فى المرضى المصابين بالبدانة .

(٢) الشلل فى الطرف السفلى ، والشلل فى المثانة والمستقيم

(٣) عدم الاهتداء الى باطن الاغشية الشوكية حيث يجرى سائل النخاع الشوكى إلا بعد ادخال الابرة جملة مرات

(٤) انكسار الابرة فى أثناء ادخالها .

ومن الفضول أن أقول ان من الضرورى عمل جميع احتياطات الطهر والتطهير .

الفصل الرابع والثلاثون

حوادث غرفة العمليات

هنالك بعض متاعب وصعوبات قد يصادفها الجراح فى أثناء عمله وقد رأينا أن نذكرها فى فصل خاص لأنهُ لا يحسن أن تذكر فى الفصول الاخرى ، وهى :

(١) الفشل فى اتقاء العفونة (٢) وعيوب المساعدين

(٣) والحروق العرضية (٤) والظروف الغير المناسبة

(٥) واستعمال آلات غريبة (٦) وعدم كفاية الضوء

(٧) والاجسام الغريبة التى يفقدها الجراح فى جسم المريض .

الفشل فى اتقاء العفونة

أتدرى ما هو الفرض فى الشرع ؟ هو ما ثبت بدليــل مقطوع كالكتاب والسنة والاجماع . وهو على نوعين فرض عين وفرض كفاية . ففرض العين مايلزم كل واحد إقامته ولا يسقط عن البعض بإقامة البعض كالايمان ونحوه . وفرض الكفاية ما يلزم جميع المسلمين اقامته ويسقط باقامة البعض عن الباقين كالجهاد وصلاة الجنازة . ولئن صح أن يكون فى شرع الجراحة فرائض عين وكفاية لكان فرض العين فى الجراحة ما يلزم كل جراح اقامته من الوسائل الضرورية للمحافظة على طهر الجروح التى يعملها ولا تسقط هذه الوسائل عن البعض باقامة البعض . وانه وان تكن هذه الوسائل فرض عين فى الجراحة الا أننا لا نريد أن يتقبلها الجراح جامداً ويتنطع[1] فيها بغير روية وفكر . فهذه الوسائل فرض من حيث أنها واجبة الاداء ، لكنها كسائر الوسائل الجراحية يجب ألا يعتمد عليها الجراح ، فى كل حالة ، بغير سبق نظر وتخير الملائم منها ، وبعبارة

(١) يقال تنطع فى الدين اذا تعمق وغالى وتأنق فيه

أخرى يجب أن يلبس الجراح فى كل حالة لبوسها . فقد رأى بعضهم جراحاً وهو يبتر الطرف لوجود جرح عفن كبير فيه . فكانت الشقوق التى عملها الجراح للبتر قريبة جداً من الجرح العفن مما جعل تلوثها قريباً جداً . وكان الجراح على أحسن ما يكون استعداداً للعملية من حيث النظافة ولبس القفازات والفوط المعقمة وما الى ذلك من الضروريات العصرية . فلم ينقصه فى عمله سوى استعمال المطهرات لانه لم يستعمل سوى محلول الملح . كان من رأيه عدم استعمال المطهرات فى الجروح . فهذا الجراح أدّى الوسائل الضرورية فى عمله أداء جامداً بغير تصرف . فإن لستر[٩] حين بين تأثير حامض الفنيك فى الجروح العفنة بين للعالم حقيقة خالدة ؛ والحقائق الخالدة جديرة بالنظر والاحترام

ولا تحسبن أنى أريدبذلك أن يتصرف الجراح فىالقواعد الأساسية فينسخها ؛ لانى ان فعلت ذلك فقد حاولت أمراً لا يقبله العقل . وكل ما أريده هو أن يكون الجراح فى عمله ليناً مرناً يلتوى مع كل حالة و يتخير لها ما يناسبها .

يقول أحد الجراحين أنه رأى وباء عفناً فى أحد المستشفيات . وكان من هذا الوبأ مريض بالسم الدموى العفن[١] على أثر ختان ، ومريض بالسم الدموى الصديدى[٢] على أثر استئصال بعض دوالى . والعمليتان عملتا فى يوم واحد . واتضح من المباحث ، بعدذلك، أن بجهاز التعقيم عيباً لعدمازدياد الضغط . فكان المستنبت البكتيرى الموضوع فى (الغيارات) والتى وضعت فى الجهاز للتعقيم بالبخار فى المدة القانونية ، حياً لم يمت بالتعقيم. ولقد وضعت بيضة نجة فى تضاعيف (الغيارات) فلم تجمد .

عيوب المساعدين

كلما قلت الأفراد فى غرفة العمليات قلت موارد الخطأ والغلط على شرط ألاّ يكون هنالك نقص فى المساعدة . وكثيراً ما يشعر الجراح بشىء من القلق والاضطراب اذا

---

(١) Septicæmia

(٢) Pymæia.

كان عليه أن يعمل العملية بمساعدة غريب عنه غير متعود مساعدته . ألا ترى كيف يكون مركز الجراح إذا كان مساعده غير خبير فنسى إسفنجة فى البطن ولم يدركها الجراح مثلاً . فالمسئولية واقعة على الجراح حتماً بغير « تضامن » المساعد معه ، والعيب لاحق ، لا شك ، بالجراح بغير أن يتحمل شيأ منه الآخر . ويحكى أحد الجراحين أنه رأى مساعداً غريباً ينحنى وينقل بيده ، وعاليها القفاز ، السطل المعد لوضع «الغيارات» الملوثة من مكانه ، وهو يساعد الجراح فى عملية استئصال الزائدة الدودية . وقد رأيت مساعداً يجفف عرقه بيده ، فى أثناء العملية ، ويود أن يسترسل فى مساعدتى كأنه لم يأت أمراً إدًّا .

وينطبق ما ذكرناه على طبيب العائلة فى فصل التخدير عليه ، فى هذا الفصل ، للمساعدة . فليس من مصلحة الجراح ، ولا من مصلحة المريض ، ولا من مصلحة طبيب العائلة أن يتولى الأخير مساعدة الجراح الذى أرشد هو اليه ؛ وان كان ينبغى له أن يحضر العملية ويتقاضى أجراً على حضوره .

الحروق العرضية

من الحوادث الشائعة ، فى غرفة العمليات ، وفى سرير المريض ، وهو لم يفق بعد من تأثير التخدير ، الحروق العرضية من وضع قوارير أو صفائح الماء الساخن بغير تحفظ واحتياط . وأكثر ما يحدث ذلك اذا اعتمد الجراح على ممرضين وممرضات ممن لم تسبق له بهم معرفة أو ممن هم مهملون فى عملهم .

وقد حدث ، ذات مرة ، أن أحد جراحى مستشفى قصر العينى كان يعمل عملية أنيورزم عارضى فى العنق لجندى من الجنود البريطانية ، وكنت اذ ذاك مشاهداً العملية وكان يساعد الجراح جراح عظيم من الجيش لم يحضرنى اسمه . فطلب المساعد من السستر (الممرضة) محلولاً ملحياً ساخناً لغمر يده فيه ، فقدمت له محلولاً ملحياً غالياً فلم يكد يضع يده فى المحلول حتى سحبها بسرعة قائلاً بغضب « لقد طلبت محلولاً ساخناً لا محلولاً غالياً »

الظروف غير المناسبة

قد تعمل العملية فى بيت المريض ، ووقتئذ يعملها الجراح قلقاً غير مرتاح ؛ ذلك لأن الظروف تكون غير مناسبة ، وهذا هو السبب الأصغر ، وأما السبب الأكبر فهو اضطرار الجراح أن ينقل جميع « مهمات العملية » الى البيت ، ولا يبعد أن ينسى بعض ما يحتاج اليه من أهم ما يحتاج اليه . ويحكى أن أحد الجراحين ذهب ، ذات مرة ، لأحد المرضى فى الريف لإجراء عملية مستعجلة ، ولما وصل الى البيت و بدأ يجهز للعملية وجد أنه نسى المشرط . وفى حادثة أخرى وجد الجراح ، وهو فى أثناء العملية ، أنه لم يحضر معه شيأ من مواد الخياطة . وقد حدث لى ، ذات مرة ، وكنت قد انتقلت من قليوب لإحدى القرى البعيدة ، لإجراء عملية لمريض : أن وجدت بعد أن وصلت الى بيته ، ان قنينة الكلوروفورم قد نضحت ، ولم يبق فيها شيء . وقد تكررت الحادثة معى ، لكننى فى الدفعة الثانية كنت حريصاً على زجاجة أخرى مغلقة . قد يلوح لك ان هذه الحوادث فظيعة لكن الظروف هى التى تستوجبها كأن يدعى الجراح ليلاً وهو مضنى من التعب طول نهاره ، أو كأن يدعى للانتقال الى قرية بطريق السكة الحديدية فلا يترك لهُ ميعاد القطار مهلة واسعة كما كان يحدث لى مراراً وأنا بمستشفى قليوب و بنها

ولا شك ان العمليات اذا عملت فى بيوت المرضى كانت أكثر عرضة للعدوى وأقرب للتلوث منها اذا عملت فى المستشفيات ، وذلك لصعوبة الوصول الى ما ينبغى أن يصل لهُ الجراح من وسائل الطهر والتطهير . ولا يبعد أن تصل العدوى الى الجرح بطريق أهل المريض وذويه . أضف الى ذلك كله أن الضوء قد يكون ضئيلاً ، وان وسائل الإغلاء والتسخين قد تكون غير كافية

استعمال آلات غريبة

تحدث حوادث كثيرة محزنة من استعمال الجراح بعض آلات معينة . فكثيراً ما دفع الجراح منظار الاثناء السينى خلال المستقيم داخل التجويف البريتونى ، وكثيراً أما تلف المفتت الجدار المثانى فى أثناء تفتيت الحصاة

ويحكي أحد الجراحين ، انهُ شاهد ، ذات مرة ، ضيفاً مضحكاً لعدم تخلف أي ضرر للمريض منهُ ، ذلك أنهُ رأى الجراح المقيم ، في غرفة العمليات في حيرة وارتباك ، ووجهه مندى بالعرق ؛ لأنهُ أدخل العازل البولى[1] فى المثانة ولم يتمكن من اخراجه لأنهُ نسى أن يرخي الحاجز المرن .

ولقد جدت ، الآن ، مناضد للعمليات ، مختلفة الأشكال ، مضاعفة التركيب . فعلى الجراح أن يعرف طريقة استعمال هذه المناضد ، لأنه اذا لم يكن بذلك خبيراً فقد يسقط المريض في أثناء خفض رأسه بخفض الجهة الرأسية من المنضدة

ولتدفئة المريض ، وهو على منضدة العمليات ، طرق مختلفة . وكيفما كانت طريقة تدفئته فلا بد من العناية الشديدة لاتقاء حرق جسمه . فقد سمع بعضهم حادثة حرق من جهاز كهربائى مركب على المنضدة لتدفئة المريض

وينبغي للجراح أن يعنى باليدين والأصابع ، فى أثناء وضع المريض فى الوضع المنحدر الرأسى لأنها قد تشتبك فى بعض أجزاء المنضدة . ويجب اتقاء أنواع الشلل التى تنشأ عن الضغط وأهم هذه الأنواع شلل العصب العضلى الحلزونى مما ينشأ عن الانضغاط بحافة المنضدة . ولقد عرف بعضهم شللاً من هذا النوع مكث بضع سنين . ونوع آخر من الشلل الناشيء عن الضغط ما يحدث من تلف الضفيرة العضدية بسبب حفظ العضد مبعدة ، أو مبسوطة على الرأس ومدارة الى الخارج .

وخير موضع للعضدين فى أثناء العملية هو بجانب المريض حيث يمكن تثبيث كل يد تحت الالية التى فى ناحيتها .

عدم كفاية الضوء

إن لم تكن العملية فى غرفة العمليات التى تكون بكامل أدواتها فقد لا يجد الجراح ضوءاً كافياً وعليه عمل ما يلزم من الترتيب لاتقاء هذه المضايقة . والمعتاد ، فى غرفة العمليات فى المستشفيات عمل جهاز آخر للإضاءة به فى حالة عطل الضوء الكهربائى .

(١) Urinary Segregator

ولقد حدث لى ، ذات مرة ، وكنت أعمل عملية ليلا فى مستشفى قليوب أن انقطع الضوء الكهربائى، وهو مستمد من وابور خاص فى سراى المغفور له محمد باشا الشواربى ولولا أنى كنت أتوقع مثل هذه المفاجأة وكنت مجهزاً مصابيح بالغاز والكوؤل الاضاءة بدلاً من النور الكهربائى لوقعت فى حيص بيص [1]

الاجسام التى يفقدها الجراح فى جسم المريض

إن العثور على جفت شريان أو اسفنجة فى بطن المريض بعد فتح البطن بزمن من المسائل التى عالجها الرأى العام فى الماضى ، وقد يعالجها فى المستقبل .

ونسيان مثل هذه الأشياء لا يكون فى البطن فحسب بل قد يكون داخل الإمعاء أو فى المرارة ، أو فى الأنسجة حيث لا توجد تجاويف طبيعية مما يتضح من الحكاية الآتية . وهو انى ، وأنا بمستشفى عباس ، قد أجريت عملية لمريض مصاب بنكروز فى عظم الفخذ اليمنى . وكان التجويف المتخلف داخل العظم كبيراً . ولقد حشوته بالدسام ومكث طويلاً فى المستشفى وتحسن وخرج ليتردد على العيادة الخارجية ومضى عليه زمن طويل وهو يتردد بغير أن يلتحم الجرح فأدخل المستشفى، للدفعة الثانية ، إرادة استخراج رمة من العظم . ولما بدأت فى العملية استخرجت قطعة عفنة من الدسام من التجويف يظهر أنها مكثت طويلاً فيه . وأرجح أنها من الدسام الذى كان يحشى به الجرح فى أثناء التضميد فى العيادة الخارجية بدليل أنه تحسن وأخرج من العيادة الداخلية

وقد كنت أعالج ، حديثاً ، مريضاً أخبرنى أنه أجريت له عملية لفتق أربى فى الجهة اليمنى. فتقيح الجرح وبقى زمناً طويلاً فترك جرَّاحهُ وذهب لجرَّاح آخر فوجد فى الجرح الذى فى الصفن قطعة عفنة من الدسام يظهر أنها أغفلت زمناً طويلاً

وإن لم تثبت أنابيب التصفية فقد تدخل الجرح أو تخرج منه . وكثيراً ما تنزلق الأنابيب فى تجويف البلورا ، فى اثناء علاج الأمبايما بالتصفية . ويعتقد بعض الممرضين والممرضات أن الأنبوبة لا بد أن تكون زالت مع « الغيار » اذا لم تظهر فى الجرح

---

(١) حيص بيص – الضيق والشدة

الفصل الخامس والثلاثون
نظرة عامة فى منابع الأغلاط الجراحية وأسبابها

يلتقى النيل الأبيض بالنيل الأزرق عند مدينة الخرطوم ثم يسير النيل الى أن يتفرع الى فرع دمياط وفرع رشيد عند القناطر الخيرية . فاذا أخذت عينة من الماء من النيل ، وهو فى مجراه ، ما بين الخرطوم والقناطر الخيرية أتستطيع أن تعرف من أى النيلين كانت هذه العينة ؟ وكذلك منابع الأغلاط الجراحية فأنت لا تستطيع أن تعرفها ، لأنها كثيراً ما تكون عن جملة أسباب لا يمكن تقسيمها تقسيماً منطقياً . ولذلك يحسن وصف هذه الأسباب بطريقة جغرافية فنكتفى بالكلام على نهر الأغلاط ومنابعه ، أما الفروع الصغيرة فيترك أمرها لتصور الجراح . ولتعلم أن منابع الأغلاط أربعة ، وهى الجهل ، والإهمال ، والخطأ فى الحكم ، وعيب الصنعة

الجهـــــل

لعل أول ما يخطر بالبال ان أغلاط الجراحين هى عن جهلهم . وليس هذا صحيحاً لأن أكثر الأغلاط الجراحية التى تعرفها إنما تكون عن أسباب أخرى غير الجهل . و يطلق الجهل على معنيين أحدهما الجهل البسيط وهو عدم العلم فى مَن مِن شأنهِ أن يكون عالماً ، والثانى الجهل المركب وهو عبارة عن اعتقاد جازم غير مطابق للواقع

وما الجهل إلا حالة نسبية ، لأننا ونحن على ما نحن عليهِ من الإدراك المقيد ، فى انتظار ما يأتينا بهِ المستقبل من المعرفة والحكمة ، لا نستطيع إلاّ أن يكونَ كل واحد منا لنفسهِ حداً بين المعرفة والجهل ، وفاصلاً بين النور والظلام

ولعلك لا تجد من يعتبر الأغلاط الآتية فى حدود الأغلاط الجائزة المباحة . ومعاذ الله أن يكون من الأغلاط ما هو مباح ، لكننى أقصد بالمباح مالا يؤاخذ الجراح بهِ . ومع ذلك فقد وقع فى هذه الأغلاط أطباء لهم شهرة واسعة وصيت ذائع فى فنهم :

ذهبت أم مع طفلها لطبيبها وأخبرتهُ أن لؤلؤة كاذبة دخلت فى أذن الطفل . فحاول

الطبيب استخراجها بغير مخدر فلم يفلح ، ثم حاول استخراجها بمخدر فلم يفلح أيضاً . فأرسل الطفل الى المستشفى . ولقد وصل وهو فى حالة صدمة يسيل من أذنه الدم . و بالفحص اتضح أن غشاء الطبلة ممزق كل ممزق ، وأن ليس فى الأذن جسم غريب و بالاستفهام من الأم عن نوع اللؤلؤ أحضرت الى المستشفى صندوقاً فيهِ خرزات من اللؤلؤ الكاذب الصغير جداً ليس فيه لؤلؤة تسكن الصماخ الأذنى

أرسلت سيدة للمستشفى ومعها خطاب من طبيبها جاء فيه أنها « مصابة باحتباس بولى لعله ناشئ عن ضخامة البروستاتة » وعلى كل حال « فليس فى مجرى البول ضيق اعتيادى » . لأن إحدى الممرضات قد استخرجت البول بقسطرة مرنة . ثم ذكر أيضاً « ان السيدة قد استؤصل منها رحمها سابقاً »

أتدرى بمَ كانت مصابة هذه السيدة ؟ إنها كانت مصابة بميل الرحم المثقل بالجنين الى الخلف(١)

ترى أهذا هو الطبيب الجاهل الذى قال فيه بعض الشعراء

قال حمار الطبيب توما   لو أنصفونى لكنت أركب
لأننى جاهــل بسيط   وراكبي جاهل مركب

ولو أن هذا الشاعر شاعر بما يقاسيهِ الجراح من الصعوبات ، و بما يلاقيهِ من المتاعب لكان أكثر أدباً فى وصفه ، وكنت أنا أكثر أدباً فى النقل عنهُ .

للجهل الجراحي ، يا سيدى ، ثلاثة أنواع :

(١) نقص التربية المدرسية الطبية ، ولا سيما ذلك فى التشريح والفسيولوجيا

(٢) اهمال الدرس والمذاكرة بعد المدرسة

(٣) قلة الخبرة

وقلما يستطيع أن يصلح نفسه ناقص التربية المدرسية الطبية اذا خاض غمرات الحياة الفنية ، فقلما تسنح له فرص الاستفادة بينما تعلو قشوره السطحية ذرأة المشيب . وكيف يستطيع أن يبنى لنفسه صرحاً من التجارب والمعرفة ، والاساس فاسد . ربما كان هذا

(١) Retroversion of the Pregnant uterus.

الطبيب لا تعوزه البراعة فى جمع المال . فالطبيب عالم بعلم الطب أكثر منه بعلم النفس ، والممارس عالم بعلم النفس أكثر منه بعلم الطب

وأما اهمال الدرس والمذاكرة بعد المدرسة فمرض كثير الانتشار . فان لم يكن الجراح مدفوعًا بميله الطبعى للاستزادة ، مسوقًا بغريزته للتبحر فى فنه فقلما يجرى والزمن فى الفن . ومن الأسف أن أقول إن الجمهور ضعيف الفراسة قليل التمييز يجرى وراء من يستهويه و يستميله ولذلك تجد بين الذين لهم شهرة عظيمة فى أعمالهم من يصح أن يقال عنهُ إن من قدرة الله سبحانهُ وتعالى أن تكون له هذه الشهرة .

أما قلة الخبرة فليس يفيدها أن يمر على الجراح الوقت . بل لا بد من الإستفادة من الفرص واغتنامها ولعل ذلك من الصعوبات التى يصادفها كل جراح صغير ، ففى أول حياته وعنفوان شبابه إذ تكون قوته على أتمها ، و يده لينة مرنة تتقبل الدقة التى تتطلبها الجراحة بأقرب ما يمكن ، ففى هذا الوقت لا تسنح لهُ الفرص التى يفوز بها والتجارب التى تعلمهُ . فأنت ، لا شك ، تعلم أن الأسرة فى المستشفيات ليست إلا للرجال الذين لا تنفعهم التجارب الا قليلاً

ولا يمكن التغلب على ذلك بالدروس العلمية ؛ لأن المواد التى تظهر فى الصحائف الدورية مصبوغة بصبغة الاعلان غالبًا ، وتتضمن العيوب الداخلية لمقال سابق . وليس فيها ما يستحق العناية الا جداول النتائج التى تنشر مستقلة غير متأثرة بالجراح الذى أجرى العمليات

ومن العيوب فيما ينشر فى الصحائف الجراحية انها تقتصر ، غالبًا لا دائمًا على المشاهدات الغريبة أو المشاهدات النادرة ، أو انتصارات جراحية كما يرويها المنتصرون أنفسهم

ولكن هى النفس البشرية لا تتقبل النقد العاقل على غير ما هى الحال اذ تميل الى الثناء المتواصل

فقولك إن الجراح الشهير . . . . قد أجرى عملية استئصال عقدة كاسير انيورالجيا العصب التوءمى الثلاثى لخمسين مريضًا ، ولم يمت منهم الا اثنان ، لا يصح أن يجعل

الجراح الصغير الذى لم تكن له خبرة سابقة أن يعتمد على نفسه ويثق بذاته . لأنه إن فعل فأكبر الظن أنه سيقتل المريض ، أو على الأقل لا يستطيع استئصال العقدة أو الجزء المراد استئصاله ، أو يتلف جزءاً من المخ ، أو يحدث انيورزما داخل الجمجمة أو أى مضاعفة أخرى مما قد تصاحب هذه العملية الصعبة

الحق صعب المنال. فليس يكفى ، أيها المبتدىء فى الجراحة ، أن ترى الجراح الماهر الحاذق ، وهو يعمل ؛ فرؤيتك اياه ، كمعرفتك بالجراحة النظرية ، لا توصلك الا إلى منتصف الطريق . نعم ليس يكفى أن تعرف ما يجب أن يعمل ، وكيف يعمل ، بل يجب أن تعرف ما يجب ألا يعمل ، وكيف يتقى . وكثيراً ما يستفيد الانسان من الجراح الأخرق وهو يعمل ، ولو كان فى ذلك على النفس غضاضة ، ولمَ أذهب بك بعيداً وفى يمين أبقراط ما معناه إن الطبيب لا يشق على الحصاة بل يرسل المريض لمن عمله الشق عليها

وسواء أتقدمت الانسانية أم لا ، وسواء أكان تقدمها لمطمح معين ولغرض خاص أم لا ، فالجراحة سائرة سيراً حثيثاً بغير تمهل أو إبطاء ، فما كان من الفن « مودة » فى العام الماضى ، هو أثرى فى هذا العام ، وقد يكون خطأً فاحشاً فى المستقبل القريب

خذ لذلك مثلاً طريقة حشو الجرح العفن بالدسام ؛ ألم تكن هذه الطريقة متبعة بصفة نظامية ، منذ قليل ؟ ألم يلقنها مدرسو الجراحة للطلبة من منصة التدريس بأعلى أصواتهم ؟ أليست الآن هذه الطريقة أثرية قديمة ؛ لأن ما كان يرمى اليه الجراح من الحشو بالدسام من التصفية والالتحام من أسفل الجرح ، انما يتم الآن ، بطرق أقل وحشية ، وأكمل تأثيراً . ولكنك ، مع ذلك ، قد تشاهد الآن ، من الجراحين من لا يزال يستعمل هذه الطريقة بالرغم من أنها عائقة للتصفية لا ميسرة لها ، ومن أنها تحدث للمريض ألماً عظيماً

أليس للتعليم إذا لم يكن صحيحاً نصيب من المسئولية فى أكثر الأغلاط التى منبعها الجهل . وفيما ذكرنا فى فصل البتركفاية من التوضيحات. وربما كان من الصعب التغلب على العيب الأصلى . ولا حيلة للجراح للتغلب عليه الا بالتفكر والملاحظة ، وبمناقشة ما

يتلقاه من القواعد والمبادىء ، و بعدم قبوله كل ما يقال قضية مسلمة . وما أحسن ما كان يقوله الاستاذ لوكوود[١] « لا يدخل الانسان معبد العلم الا من باب الشك » وما أقرب هذا القول إلى المأثور عن المغفور له الاستاذ الامام الشيخ محمد عبده « إن الشك أول درجات اليقين »

ولست أرانى بحاجة الى التطويل فيما يعرض أحيانًا من الفشل فى عدم معرفة الأمراض النادرة أو الأمراض الحديثة . فكل واحد منا لا بد أن وقع فى تشخيص النادر من الأمراض . وقد يصطاده غيره فى غلطه ، كأن يحضر إليك ، فى عيادتك ، مريض بلغ من السن عتيًا يشكو من آلام فى البطن ، و بالفحص عنه تجد ورمًا قاسيًا معقداً فى الحفرة الحرقفية اليمنى . فتبدى له رأيك فى مرضه قائلاً له إنه سرطان فى المعى الغليظ ، ولكونه مرتبكاً فى الأنسجة المجاورة ملتصقًا بها غير متحرك ، فالانذار غير حميد . وقد يستسلم المريض للمقادير فيترك بلده لبلد آخر ، أو يدله آخر على جراح غيرك من منافسيك . فيذهب اليه وقد يتفق أن يظهر ناصور متصل بالورم . فيرسل الجراح الجديد عينة من الافراز للفحص عنها فتأتيه النتيجة من الباتولوجى أن الافراز يحتوى على الفطر الشعاعي، وأن المرض مرض الفطر الشعاعى . اليست هذه ضربة قاضية على شهرة الجراح الأول، ولا سيما ذلك اذا كان المريض حاد اللسان

وقلما نستطيع الهروب من هذه الحوادث مهما حاولنا . ولا يقال حدوثها الاّ التيقظ لها . فعلينا أن نعالج عقولنـا كما يعالج الخيال جواده وهو على ظهره فانه يكون دائمًا متيقظاً لكبح جماحه ولاهدائه الطريق

قدر لرجلك قبل الخطو موضعها   فمن علا زلقا عن غرة زَلجا

وقتئـذٍ لا يتكأد[١] الجراح المرض الحديث الذى لم يوصف تمامًا و يشرح شرحًا وافيًا

---

(١) Mr. C. B. Lockwood.

(١) يقال تكأدنى الامر وتكاءدنى تكاؤداً اذا شق على

الاهمال

يجرى القول المأثور « قد يخطئ الطبيب عن الجهل دفعة ، لكنه يخطئ عن الاهمال عشر دفعات » ولعل اكبر أنواع الاهمال عدم استجماع الشواهد كلها . فكثيراً ما يرتكن الطبيب على تشخيص المالاريا من وجود الحمى وتاريخ الاقامة فى البلاد الحارة أو الحمى والقشعريرة ، مهملاً الفحص الاكلينيكى والباتولوجي الذى يتحقق به التشخيص وتخرج به الأمراض الأخرى كالتدرن مثلاً . ولعل من اكبر أسباب نكبات الجراحة وحوادثها هو النفور من التعاون بالطبيب ، والباتولوجي ، والخبير بالأشعة ، والمتوفر على أمراض الحلق والأذن ، وغير ذلك . فيجب أن يستعين الجراح بكل هؤلاء اذا ما أعياه الفحص عن المرض ولم يهتدِ اليه

كثيراً ما يكون عدم التعاون سبباً فى بقاء الشواهد النافعة سراً مكتوماً على الجراح فيضيق مجال فحصه عن المريض . فتراه يفتح بطن المريض الذى يشكو من ألم حاد فيه فلا يجد سبباً للألم فى عامة التجويف البريتونى ولا يبعد أن يتضح سبب الألم فى المشرحة ، بعد حين ، بوجود امبايما فى الصدر . وقد يحدث أن يشكو المريض من ورم فى إحدى ركبتيه ، فيهمل الجراح مقابلة الركبتين معاً ، فيتخطى بذلك آفة فى الركبة الأخرى . ومثل هذا الاختصار فى الفحص عن المريض كثير متواتر ، يدعو اليه أحياناً عطف الطبيب أو الجراح على المريض لما يراه من الألم الذى هو فيــه . ويدعو اليه أحياناً أخرى تلك السرعة التى يتعودها الجراح العيار[1] ، لأن المريض كثيراً ما يروقه التشخيص السريع يقوله الجراح بغير تردد ولا تواضع ، وكثيراً ما يعتمد مثل هذا الجراح على ما لسرعة البت فى التشخيص فى التأثير فى المريض وحصر ثقته فيه . والأغلب أن يوضع مثل هذا الاختصار تحت باب الاهمال

وقد يكون التردد موبقاً كأن يكون المريض قد تضعضع لعمليــة فيما مضى ، وكأن يريد الجراح الوقوف على المرض الذى من أجله عملت العملية ، ونوع العملية .

---

(١) العيار من الرجال الذى يخلى نفسه وهواها لا يروعها ولا يزجرها والمدعي بما ليس فيه

فان رأى الجراح أن فى التأخير شيئًا من الخطر فليتوكل على الله فيما هو فاعل ، الاّ أن تكون الحالة غير شديدة الخطورة فيحسن ارجاء عمله حتى يطلع على ما يريد الاطلاع عليه

يحكى أن صبية كانت مصابة بالتهاب فى الأذن المتوسطة ، وأجريت لها عملية ، فى أثنائها وجد أن عندها خراجًا تحت الأم الجافة ، فاستؤصل جزء من الجدار العظمى للحفرة المتوسطة فى الجمجمة لازالة العظم المئوف ولتسهيل التصفية . وبعد بضعة أسابيع رأى الصبية جراح آخر لأنها كانت تشكو من دوار . فعمد الجراح الأخير بغير أن يطلع على تفاصيل العملية السابقة ، الى تخدير المريضة ، وفتح الجرح الذى كان خلف الأذن ، ثانيًا ، وبدأ يكحت الأزرار اللحمية باسفنجة موضوعة على جفت شريانى ، وفيما هو يفعل ذلك غاصت الاسفنجة مع الجفت فجأة خلال الأم الجافة غائرة فى المخ . فهل كانت تستوجب الحالة هذه السرعة الموبقة ؟ يقينًا إنها لا تستوجب هذه السرعة ولو اطلع على تفاصيل العملية السابقة لدرأ هذا الخطر الداهم

وعلىّ فى الوقت نفسه ، أن أنبه الى ضرر طول التردد والانصراف الى جمع الشواهد والتفاصيل مما يصعّب النظر فيها عامة واستخلاص رأى منها . وفى ذلك يجرى المثل الصينى الذى معناه من تردد كثيراً فى الخطو قد يبقى طول حياته على ساق واحدة . وهذا المثل منطبق على المسائل الجراحية انطباقه على سائر الأشياء

ومن أسباب عدم جمع الشواهد جمعًا تامًا عدم دقة الجراح نفسه ، أو دقة المريض أو دقة الممرضة .

ولا تعتمد الاعتماد كله على أقوال المريض ان لم تؤيد بالعلامات ، وقلما يكون العلاج المبنى على أقواله فقط مأمون العواقب . وخير مثال لذلك مريضة كانت تشكو من القىء الدموى ، فلما أدخلت المستشفى اتضح انها هى التى تحدث القىء بنفسها بادخال أصبعها فى البلعوم ، أما الدم فكان من اللثة

أما تلقى الأخبار الكاذبة من الزميل فمن أفظع العقبات . على أن بعضهم ، بالرغم من طول

خبرتهم الصناعية لا يعرفون الدقة مطلقاً . ويحكى أحد الجراحين أنه وهو فى استشارة مع أحد الأطباء قال له طبيب العائلة « ان البول مشبع بالصديد » وبالفحص عنه اتضح أنه لا يحتوى على صديد ، وان الذى فيه هو رواسب فوصفاتية حسبها الطبيب خطأ صديداً . فلما قال ذلك الجراح نظر اليه الطبيب شزراً وصاح فى وجهه قائلاً : « لم يكن عندنا وقت للفحص عن البول ، لم يكن عندنا وقت » وقوله صحيح على ما يظهر .

أغلاط الحكم

لِمَ نخطئ فى الحكم ؟ نخطئ لسببين ، وهما قلة الخبرة وقلة المعرفة . لكن الخطأ عن هذين السببين أقل شيوعاً عنهُ من الأسباب الأخرى الآتية .

التعب — فالتعب من ألد أعداء الكمال . ومن تأثيره كثيراً ما تحدث منا أغلاط مضحكة بغير أن ندركها . من ذلك ما يحكى أن أحد المولدين قد دعي لاسعاف سيدة جاءها المخاض ، وكان المولد مضنى من التعب والإعياء ، والوالدة فى عسر . فوضع الجفت عاليه سافله وسافله عاليه . ولا يعلم الا الله ماذا كانت النتيجة لو لم يكن الرأس قريباً من الخارج .

ومن ذلك ما حكاه لى أحد اصدقائى وهو انهُ دعى ، ذات مرة ، لصديق له وكان تعباً جداً ، فلم يستطع أن يعتذر ولم يستطع العمل . فذهب اليه أخيراً ووصف له برشاناً فى كل برشانة نصف جرام من سلفات الصودا . وكان يريد أن يصف له نصف جرام من سلفات الكينين فى البرشانة .

فحكم التعب حكم لا قيمة له يجب استئنافه

التحيز — من العقبات فى طريق صواب التمييز ومن الصعب التغلب عليها . وللتحيز أسباب كثيرة كالخوف ، أو الرغبة ، أو الآراء السابقة ، أو المبادىء التى نحن عليها ونعتبرها حقائق ، والعناد بالاعتراف بالخطأ ، والأمل بالمكافأة الى غير ذلك . وكل منا لا بد أن يعرف الشخص العصبي الذى من خوفه كثيراً من الاتجاه الى اليسار يتجه كثيراً الى اليمين

ومن الأنواع الخطرة للتحيز تركيز الفكر . فاذا حصر الانسان نظره فى أمر واحد تبهم الميدان البصرى حوله فلا تبدو لهُ سائر الخواص التى تبدو لغيره اذا لم يكن عاكفًا على شىء واحد كما فى الحكاية الآتية :

يحكى أن رجلاً سقط فانكسرت ساقه اليمنى . فأرسل الى المستشفى حيث عمل له الرد بعد التخدير . وفى اليوم التالى شكا من ألم عظيم فى البطن ، واعتراه القىء ، وكانت فى الجهة الحرقفية اليمنى من البطن مضاضة . ولسوء الحظ كان الجراح منصرفًا بكل همته الى الكسر فلم يعبأ بكل أعراض البطن . فمات المصاب من الالتهاب البريتونى على أثر التهاب الزائدة .

ولا يكون الخطأ من تركيز الفكر أو حصر النظر فى أمر واحد فى المرضى المصابين باصابتين مختلفتين فقط ، بل قد يحدث هذا الخطأ فى المريض المصاب بمرض واحد اذا ركز الجراح فكره أو حصر نظره فى عرض واحد أو علامة من علامات المرض فانصرف إليها بكل همته غير مكترث للأعراض والعلامات الأخرى . من ذلك ما يروى عن أحد الجراحين وقد زار إحدى غرف العمليات وكانت تعمل فيها وقتئذ عملية الوصل المعدى المعوى . وكان المريض شيخًا كبيراً ، هزيلاً ، شاحب اللون ، تدل الشرايين الصدغية على أنه مصاب بصلابة فى الشرايين . ولما فتح البطن لم يجد الجراح شيئًا فى المعدة . ولقد كان ما عنده من القىء ، والمضاضة فى القسم المعدى ، وعسر الهضم من أعراض السم البولى الذى غفل عنهُ الجراح لانحصار فكره فى الأعراض المعدية

الجبن — من الصفات الضرورية للجراح الاقدام ، والعزم ، والجرأة ، مما يسهل لهُ إبداء الرأى ووصف خطة العلاج بغير تردد . وكثيراً ما يشق على المريض وذويه قول الجراح لهم « لننتظر ونرَ » وهو ما يقوله لهم وقد أعوزتهُ الجرأة على البت فى التشخيص بتًا صوابًا يضمن نجاحه . فإذا جاءك مريض بألم فى البطن مما قد يكون تافهًا أو خطيراً وجب عليك أن تضع مريضك هذا بغير تردد فى وسط يسهل عليك مراقبته مراقبة جيدة ويمكنك من إجراء العملية لو دعت الضرورة اليها ، كأن ترسله الى أحد المستشفيات أو الى إحدى دور الصحة . لكن عملك هذا يستوجب مضايقة عظيمة

وتعباً شديداً للمريض وذويه . أضف الى ذلك أن الجراح اذا أرسل المريض الى المستشفى، ولم يتضح عنده ما يستوجب ارساله اليه فقد يضحك عليه زملاؤه فى المستشفى و يسخرون منه . وهذا ما يدعو الجراح الى عدم تحمل هذه المسؤولية مضحياً بمصلحة المريض ومفضلاً طريقة الانتظار

عيب الصنعة

من عيوب الصنعة استعمال آلات غريبة أو آلات غير مناسبة . وقد مر بك خطر استعمال منظار الاثناء السينى ، والمفتت ، وضيق الجراح المقيم الذى استعمل العازل البولى ولم يستطع اخراجه من المثانة لنسيانه ارخاء الحاجز . ومن العيوب أيضاً استعمال آلة بازلة دقيقة للاستقصاء عن الصديد فى الكبد ، والامبايما ، والانسكاب الصديدي فى التأمور فلا يمر الصديد فيها

ومن العيوب أيضاً عدم رشاقة يد الجراح ودقتها وخفتها . وهذه كلها تكسب بالخبرة وان اختلف القوم استعداداً لها . وكثيراً ما يكون هدوء الجراح وسكونه وسعة مخه أنفع له من ثبات اليد ومهارتها

ومن العيوب السرعة فى العمليات سرعة تعرض للخطر والمضاعفات ، وعدم القدرة على مواجهة ما يطرأ من الحوادث فى أثناء العملية وعدم القدرة على اجراء العمليات مع احترام الأنسجة التشريحية

﴿ انتهى ﴾